
BACHELORARBEIT

Marius Kaltwasser

**Qualität und Effizienz in der
Gesundheitswirtschaft: Leis-
tungsbegrenzung zur Kosten-
dämpfung**

2016

BACHELORARBEIT

Qualität und Effizienz in der Gesundheitswirtschaft: Leistungs- begrenzung zur Kosten- dämpfung

Autor:
Marius Kaltwasser

Studiengang:
Gesundheitsmanagement

Seminargruppe:
GM12wP4-B

Erstprüfer:
Prof. Dr. Volker J. Kreyher

Zweitprüfer:
Dr. med. Darius Khoschlessan

Einreichung:
Mannheim, 08.01.2016

BACHELOR THESIS

Quality and efficiency in the healthcare industry: perfor- mance limit for the cost-loss

author:

Marius Kaltwasser

course of studies:

healthcare management

seminar group:

GM12wP4-B

first examiner:

Prof. Dr. Volker J. Kreyher

second examiner:

Dr. med. Darius Khoschlessan

submission:

Mannheim 08.01.2016

Bibliografische Angaben

Kaltwasser, Marius:

Qualität und Effizienz in der Gesundheitswirtschaft. Leistungsbegrenzung zur Kostendämpfung

Quality and efficiency in the healthcare industry: performance limit for the cost-loss

45 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2016

Abstract

Das deutsche Gesundheitswesen gehört zu den leistungsfähigsten weltweit. Dies führt allerdings auch zu steigenden Kosten. Um die hohe Qualität, sowie die sozialstaatlichen Prinzipien aufrechterhalten zu können, bedarf es Reformen. Dabei gewinnen spezielle Versorgungssysteme und einzelne Instrumente zur Anreizsteuerung der am Gesundheitswesen beteiligten Akteure an Bedeutung. Wie sich neue Ansätze der Versorgungssteuerung auf Qualität und Effizienz in der Gesundheitswirtschaft auswirken, wird anhand dieser Arbeit aufgezeigt.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	1
Abkürzungsverzeichnis.....	3
Abbildungsverzeichnis.....	4
1 Einleitung.....	1
2 Finanzierung des Gesundheitswesens	3
2.1 Beteiligte Akteure	3
2.1.1 Ausgaben nach Ausgabenträgern.....	4
2.1.2 Ausgaben nach Leistungsarten.....	5
2.1.3 Ausgaben nach Einrichtungen	6
2.2 Gesundheitswirtschaft	6
2.2.1 Beteiligte an der Gesundheitswirtschaft.....	7
2.2.2 Gesundheit als Wirtschaftsfaktor	8
2.3 Spezifika des Gesundheitswesens in Deutschland	10
2.3.1 Solidarsystem	10
2.3.2 Versicherungssystem	12
2.4 Finanzierung.....	12
2.4.1 Leistungsbezogene Abrechnung.....	12
2.4.2 Fallbezogene Abrechnung	13
2.4.3 Selbstzahlende Medizin.....	15
2.4.4 Finanzierung durch Länder	16
2.4.5 Wettbewerb vs. Solidarprinzip	16
3 Versorgungsmanagement	18
3.1 Qualitätsmanagement in der Versorgung	18
3.1.1 Medizinische und pflegerische Versorgung	18
3.1.2 Zertifizierung von Einrichtungen.....	19
3.1.3 Standardisierung durch ärztliche Qualitätssicherung	20
3.2 Spezielle Versorgungssysteme.....	20
3.2.1 Managed Care	21
3.2.2 Integrierte Versorgung.....	22
3.2.3 Disease Management.....	25
3.2.4 Case Management	26
3.2.5 Hausarztssysteme	26
3.3 Abrechnungssysteme.....	27
3.3.1 Fallpauschale.....	28
3.3.2 Kopfpauschale	28

4	Analyse internationaler Versorgungssysteme	30
4.1	Managed-Care-Instrumente	33
4.1.1	Schweiz.....	33
4.1.2	Niederlande	34
4.1.3	USA.....	36
4.1.4	Deutschland.....	37
5	Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen.....	42
	Literaturverzeichnis	XI
	Eigenständigkeitserklärung.....	XVIII

Abkürzungsverzeichnis

BIP = Bruttoinlandsprodukt

CM= Case Management

DM = Disease Management

DMP = Disease-Management Programm

DRG = Diagnostic Related Group

EBM = Einheitlicher Bewertungsmaßstab

GKV = Gesetzliche Krankenversicherung

GKV-FQWG = Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung

HMO = Health Maintenance Organization

HCP = Health Consumer Powerhouse

IV = Integrierte Versorgung

IQWiG = Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

MC= Managed Care

OECD = Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

PKV = Private Krankenversicherung

SHA = System of Health Accounts

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anteil Gesundheitsausgaben am BIP	3
Abbildung 2: Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern	4
Abbildung 3: Gesundheitsausgaben nach Leistungen	5
Abbildung 4: Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen	6
Abbildung 5: Wachstum der Gesundheitswirtschaft	7
Abbildung 6: Erwerbstätige im Gesundheitswesen	10
Abbildung 7: Private Krankenhäuser auf dem Vormarsch	15
Abbildung 8: Integrierte Versorgung	23
Abbildung 9: EHCI Total Scores	31
Abbildung 10: Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP	32
Abbildung 11: Öffentliche Gesundheitsausgaben / Private Gesundheitsausgaben	33
Abbildung 12: Anteil Versicherte in Modellen mit Ärztenetzen	34
Abbildung 13: Integrierte Versorgung Schizophrenie	39

1 Einleitung

Das deutsche Gesundheitssystem, welches von Bismarck im Jahre 1883 eingeführt wurde, hat bis heute in seinen Grundzügen Bestand. Allerdings fordert die Entwicklung einer Gesellschaft gewisse Anpassungen an bestehende Systeme. Der medizinisch-technische Fortschritt, der demografische Wandel sowie die zunehmende Verknappung finanzieller Ressourcen stellen das deutsche Gesundheitssystem in Zukunft vor große Herausforderungen.

Im zweiten Kapitel wird in kurzer Form dargestellt, auf welche Träger, Einrichtungen und Leistungen sich die Gesundheitsausgaben in Deutschland verteilen. Des Weiteren werden das deutsche Gesundheitssystem sowie die Akteure der Gesundheitswirtschaft in ihren Grundzügen skizziert. In der Vergangenheit wurde durch kurzfristige Maßnahmen der Kostendämpfung versucht, einem Anstieg der Gesundheitsausgaben entgegenzuwirken. Bei einer genaueren Betrachtung zeigt sich allerdings, dass eine monokausale Fixierung auf die Kosten den falschen Ansatz darstellt. Ein möglicher Lösungsansatz kann sich nicht ausschließlich auf die Einnahmen und Ausgaben konzentrieren. Es geht darum, an den grundlegenden Strukturen des Gesundheitswesens anzusetzen, da in diesem Bereich enormes Potenzial liegt, Kosten zu senken (vgl. Cortekar 2006, 13).

Das deutsche Gesundheitssystem ist ebenso stark durch sektorale Abgrenzungen, Diskontinuität, fehlenden Handlungsdruck sowie die daraus resultierenden Ineffizienzen gekennzeichnet (vgl. Amelung 2011, 4). In diesem Zusammenhang rücken die Begriffe „Qualität“ und „Effizienz“ vermehrt in den Fokus. Die vorliegende Arbeit geht der Frage nach, inwieweit effizienteres Handeln in der Gesundheitswirtschaft die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern kann.

Bei der Umgestaltung des deutschen Gesundheitssystems kann sich eventuell an dem in den USA vorherrschenden Konzept Managed Care (MC) und den daraus resultierenden Versorgungsstrukturen orientiert werden (vgl. Cortekar 2006, 14), welche in Kapitel 3 einer detaillierten Betrachtung unterzogen werden. Auch wenn das dort vorherrschende Konzept in seiner Gesamtheit nicht eins zu eins auf das deutsche Gesundheitswesen übertragen werden kann, bietet es doch Teilaspekte, welche nicht unberücksichtigt gelassen werden sollten. Es gibt wenige Begriffe, die im deutschen Gesundheitswesen so kontrovers diskutiert werden wie MC. Die einen sehen darin das Ende des Solidaritätsgedankens, andere verweisen auf fragmentierte Versorgungsstrukturen und

erhoffen sich durch MC Elemente eine zielgerichtete Versorgungsstruktur (vgl. Amelung 2012, 1).

Dabei wird oft vergessen, dass MC kein in sich geschlossenes System, sondern eine Sammlung verschiedener Instrumente zur Anreizsteigerung der beteiligten Akteure ist. Aus diesem Grund lohnt sich ein Blick über den Tellerrand hinaus in andere europäische Gesundheitssysteme. Die Schweiz sowie die Niederlande, welche das Ranking des „Health Consumer Powerhouse“ (HCP) an erster Stelle abschlossen, haben ausgewählte MC-Instrumente in ihre hiesige Versorgungsstruktur integriert. In Kapitel 4 werden diese vorgestellt sowie einer Analyse unterzogen.

In Deutschland sind neue Versorgungsformen bis jetzt noch nicht über den Status eines Modellversuches hinausgekommen. Das wird unter anderem daran deutlich, dass seit dem Jahre 2008 keine detaillierten Aufzeichnungen über das Vertragsgeschehen in einem Integrierten Versorgungssystem vorliegen. Das von der AOK Niedersachsen initiierte Versorgungssystem „Schizophrenie“ hat eine positive Resonanz erfahren. Es wird ebenfalls in Kapitel 4 vorgestellt.

Im fünften und abschließenden Kapitel werden die Ergebnisse zusammengefasst und in einer grafischen Darstellung visualisiert. Zudem werden Handlungsempfehlungen und Erfolgsfaktoren dargestellt.

2 Finanzierung des Gesundheitswesens

Der gesamte volkswirtschaftliche Ressourcenverbrauch, der im Laufe eines Jahres von den verschiedenen Ausgabenträgern für die Wiederherstellung oder den Erhalt der Gesundheit aufgewendet wurde, wird in der Gesundheitsausgabenrechnung dargestellt. Dazu zählen alle Ausgaben für Aktivitäten oder Güter, die zur Gesundheitsbehandlung zählen. Als Richtliniensystem dient das von den OECD-Ländern festgelegte „System of Health Accounts“ (SHA).

In Deutschland ist das Statistische Bundesamt für die Durchführung der Gesundheitsausgabenrechnung verantwortlich. Dabei fasst es Prozessdaten aus unterschiedlichen Datenquellen (Versicherungsträgern, Bundesministerien, Verbänden usw.) zusammen (vgl. Müller/Böhm 2009, 8).

2.1 Beteiligte Akteure

Im Jahre 2013 betrugen die Gesundheitsausgaben in der Bundesrepublik Deutschland 314,939 Milliarden Euro. Die Gesundheitsausgaben haben sich somit im Vergleich zum Jahre 1992 beinahe verdoppelt. Die hohe Zahl relativiert sich, wenn man sie in das Verhältnis zur allgemeinen Wirtschaftsleistung setzt. In Abbildung 1 erkennt man, dass der prozentuale Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) in den letzten 23 Jahren stabil geblieben ist.

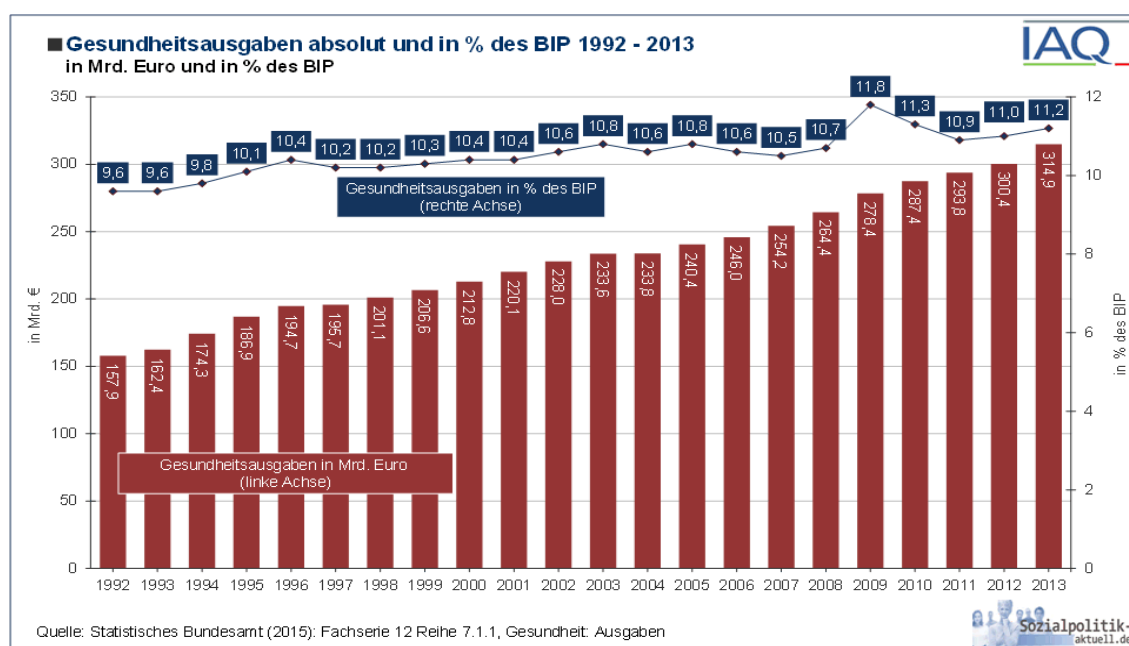


Abbildung 1: Anteil Gesundheitsausgaben am BIP

Die Gesundheitsausgaben werden nach Ausgabenträgern, Leistungsarten und Einrichtungen aufgeteilt.

2.1.1 Ausgaben nach Ausgabenträgern

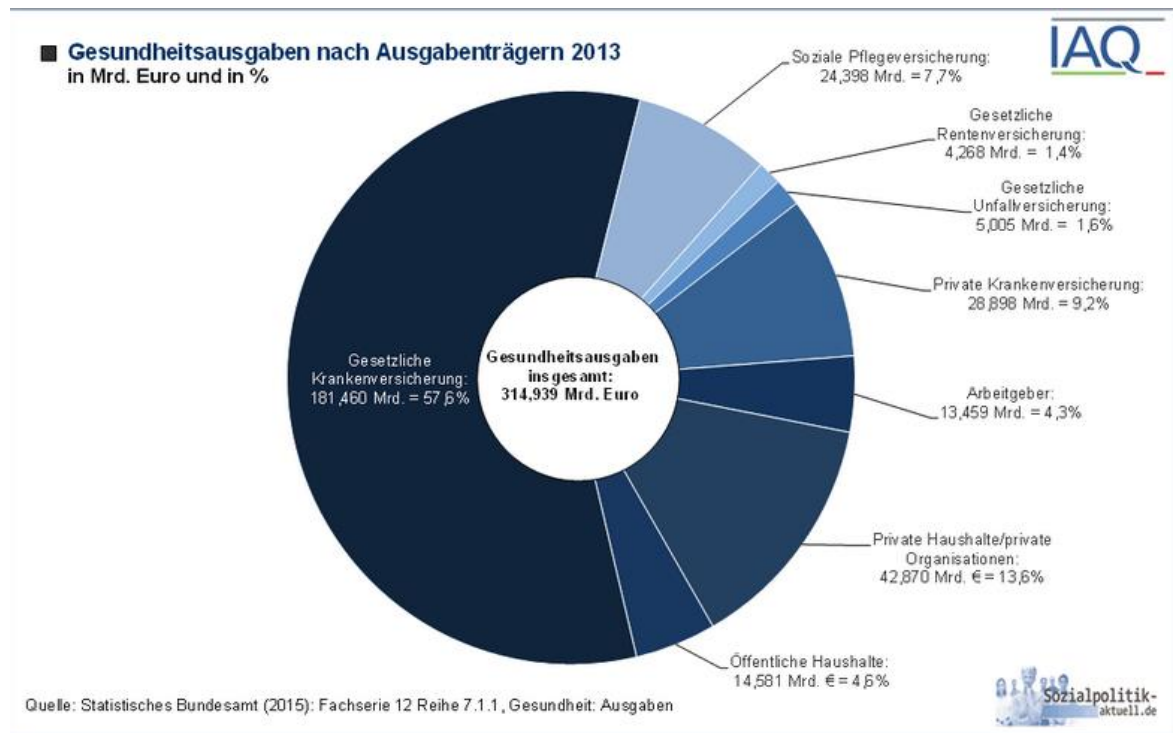


Abbildung 2: Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern

Abbildung 2 zeigt, dass eine Vielzahl von Trägern für die Leistungen im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland aufkommen:

- Gesetzliche Krankenversicherung
- Öffentliche Haushalte
- Soziale Pflegeversicherung
- Gesetzliche Rentenversicherung
- Gesetzliche Unfallversicherung
- Private Krankenversicherung
- Arbeitgeber
- Private Haushalte und private Organisationen ohne Erwerbszweck

Die gesetzliche Krankenversicherung ist der wichtigste Ausgabenträger; sie kam im Jahre 2013 auf 57,6% der gesamten Gesundheitsausgaben. Mitte der 1970er Jahre setzte ein Wandel in der Gesundheitspolitik ein, welcher auch als Beginn der „Kostendämpfungspolitik“ bezeichnet werden kann. Bis in die heutige Zeit wurden Kostendämpfungsgesetze

verabschiedet, die darauf abzielen, die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu begrenzen (vgl. Simon 2013, 52).

2.1.2 Ausgaben nach Leistungsarten

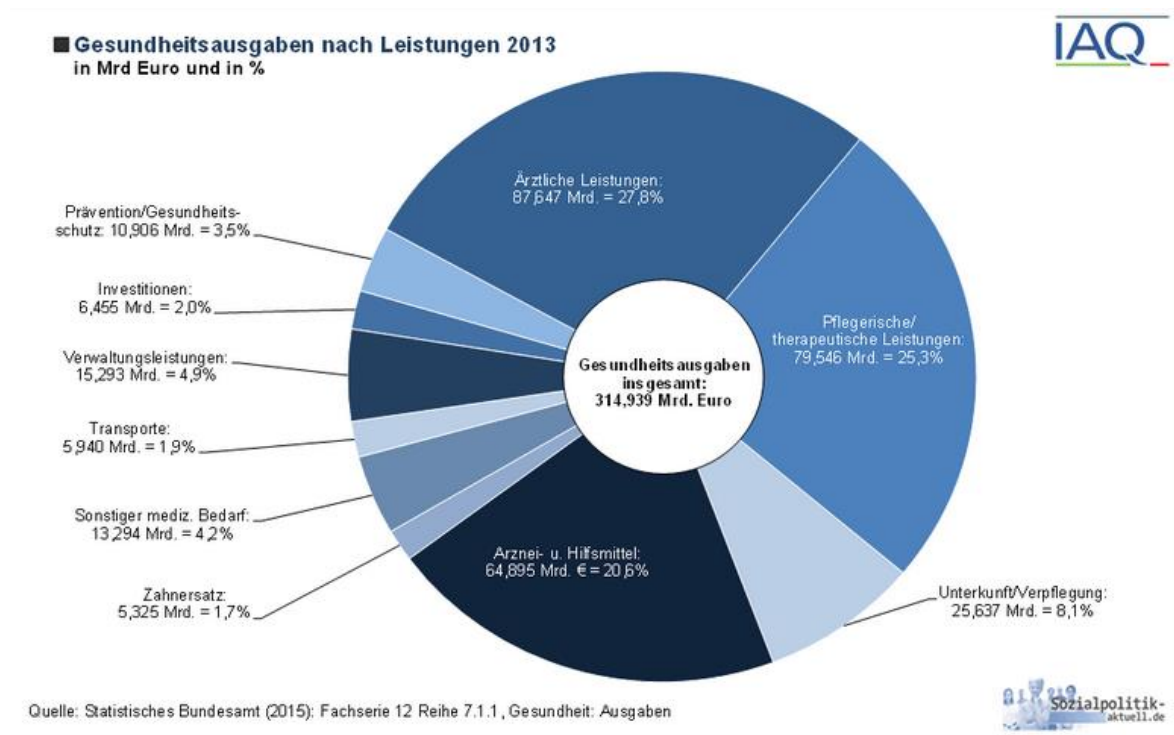


Abbildung 3: Gesundheitsausgaben nach Leistungen

Leistungen im Gesundheitswesen werden mit dem übergeordneten Ziel erbracht, die Gesundheit der Patienten zu erhalten oder wiederherzustellen (vgl. Müller/Böhm 2009, 17). Abbildung 3 belegt die enorme Bedeutung des Arztberufes in Deutschland. Der größte Teil der Leistungen wird ärztlich erbracht oder veranlasst. Präventionsmaßnahmen gewinnen zunehmend an Bedeutung. Die Bundesregierung möchte in Zukunft Prävention als eigenständige vierte Säule des Gesundheitswesens verankern (vgl. Müller/Böhm 2009, 20).

2.1.3 Ausgaben nach Einrichtungen

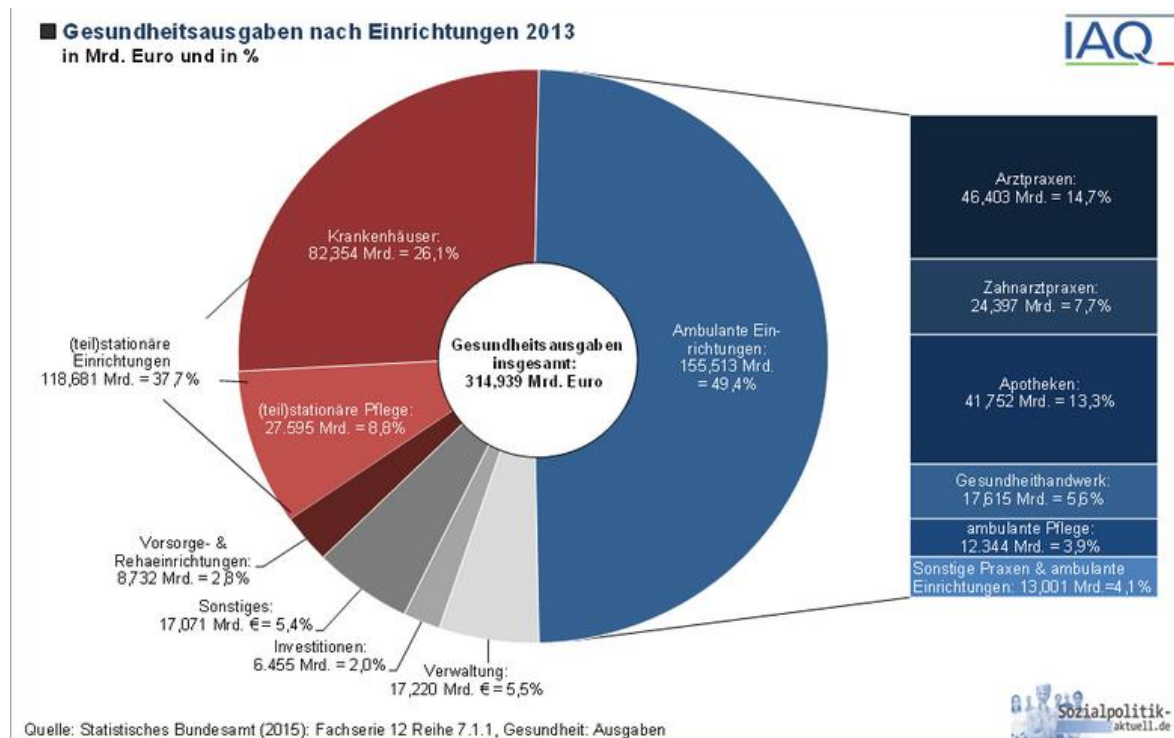


Abbildung 4: Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen

Die Ausgaben fallen innerhalb des Gesundheitswesens in verschiedenen Einrichtungen an. Der Schwerpunkt liegt auf Einrichtungen des ambulanten Sektors: In diesem betrugen die Ausgaben für Gesundheitsleistungen insgesamt 155,513 Milliarden Euro (vgl. Müller/Böhm 2009, 22).

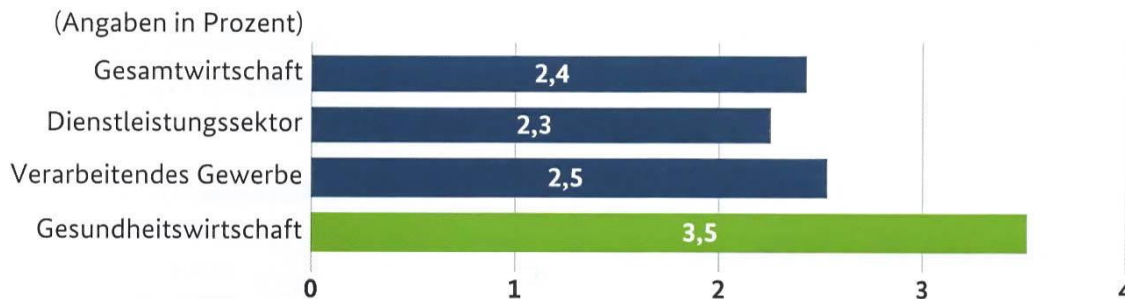
2.2 Gesundheitswirtschaft

Die Gesundheitswirtschaft nimmt als Standort-, Kosten- und Wachstumsfaktor Einfluss auf die deutsche Volkswirtschaft (vgl. Heible 2015, 1) und wird in der Gesellschaft immer stärker als Wirtschaftsfaktor und eigenständiger Wirtschaftszweig wahrgenommen. Mit ihren Auswirkungen auf die Beschäftigung und die volkswirtschaftliche Wertschöpfung erweist sie sich als eine Wachstumsbranche, die Synergieeffekte durch die Verbindung verschiedener Unternehmen aus unterschiedlichen Wirtschaftsbereichen fördert und eine Erschließung neuer Geschäftsfelder beschleunigt (vgl. Henke/Braeske 2011, 23).

Der Markt für Gesundheitsleistungen wird regelmäßig als Wachstumsmarkt charakterisiert. Tatsächlich ist die Gesundheitswirtschaft in den letzten Jahren schneller als die Gesamtwirtschaft gewachsen. In den Jahren 2003–2013 entsprach die durchschnittliche

Wachstumsrate der gesamtwirtschaftlichen Bruttowertschöpfung 2,4%, im selben Zeitraum stieg die Gesundheitswirtschaft um 3,5 % (vgl. Abbildung 5).

Wachstum der Gesundheitswirtschaft mit 3,5 % überdurchschnittlich Durchschnittliche jährliche Wachstumsraten der Bruttowertschöpfung



Betrachtungszeitraum: 2003 – 2013 (Gesundheitswirtschaft: 2011 – 2013 Fortschreibung);
Werte in jeweiligen Preisen.

Quelle: Statistisches Bundesamt, GGR II, 2015; Datenbasis: Statistisches Bundesamt;
Berechnung und Darstellung: WifOR/BASYS, 2015.

Abbildung 5: Wachstum der Gesundheitswirtschaft

2.2.1 Beteiligte an der Gesundheitswirtschaft

Zu den übergreifenden Entwicklungen/Trends, speziell in der Gesundheitswirtschaft, identifizierten Teilnehmer des Metaforums globale Megatrends, durch die sich ein Innovationsbedarf ergibt:

- Globalisierung
- Demografischer Wandel
- Multimorbidität
- Technologischer Wandel
- Individualisierung (vgl. Henke/Braeske 2011, 38)

Diese Determinanten wirken auf Struktur, Art und Umfang der Gesundheitsausgaben ein (vgl. Henke/Braeske 2011, 39).

Bührlen et al. arbeiteten folgende sechs unterschiedliche Akteure in der Gesundheitswirtschaft heraus:

- Menschen, die Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen
- Leistungserbringer
- Ausgabenträger

- Industrie
- Teilnehmer an der politischen Willensbildung
- Öffentliche Forschungs- und Entwicklungsinstitute (vgl. Bührlen 2008, 37).

Eine gemeinsame Ausrichtung und Zielsetzung aller Beteiligten im Gesundheitswesen ist nötig, damit die für das Gesundheitssystem relevanten Gruppen Entscheidungen treffen können (vgl. Bührlen 2007, 5). Allerdings agieren im Gesundheitsmarkt deutlich mehr Akteure als in „normalen“ Märkten. Deren unterschiedliche Interessenslagen verkomplizieren oftmals eine einheitliche Ausrichtung aller Beteiligten und können als innovationshemmend wahrgenommen werden (vgl. Henke/Braeske 2011, 43). Das Innovationspotenzial der Gesundheitswirtschaft besteht aus einer verbesserten Koordinierung der Leistungserbringung. Diese Prozessinnovationen führen laut Wasmuth „zu einer erhöhten Produktivität, d.h. es kann es kann mit gleichem Faktoreinsatz mehr produziert werden, oder ein gegebener Output mit geringerem erreicht werden“ (Wasmuth 2013, 33). Ferner führen Produktinnovationen „zur Einführung neuer oder verbesserter Güter“ (Wasmuth 2013, 33). Während erstere in der Regel als kostendämpfend wahrgenommen werden, führen letztere zumeist zu Kostensteigerungen (vgl. Wasmuth 2013, 33).

Der Gesundheitsmarkt wird in zwei Teile gegliedert. Der erste Markt wird häufig anhand der Erstattungsfähigkeit von Leistungen definiert. Er umfasst die erstattungsfähigen Gesundheitsleistungen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen. Der zweite Gesundheitsmarkt beinhaltet die als gesundheitswirksam angesehenen Leistungen wie Sportartikel, Wellness oder Functional Food (vgl. Henke/Braeske 2011, 96). Für den zweiten Gesundheitsmarkt wird innerhalb der Bevölkerung die Gruppe der Senioren an Bedeutung gewinnen. Mit der steigenden Krankheitsanfälligkeit im Alter verbindet sich zwar ein zunehmender Bedarf an Gesundheitsleistungen, insbesondere im stationären Bereich, in der Pflege und in Rehabilitationszentren (vgl. Oberender/Zerth 2010, 186). Allerdings eröffnet ein Wertewandel Aktivität und Vitalität auch im Alter zu erhalten ein Marktsegment für Produkte, welche die Steigerung der Lebensqualität zum Ziel haben.

2.2.2 Gesundheit als Wirtschaftsfaktor

In der Gesundheitsbranche findet derzeit ein grundlegender Perspektivenwechsel statt. Das Gesundheitssystem wird von den staatlichen Institutionen nicht mehr ausschließlich aus dem Blickwinkel der finanziellen Nachhaltigkeit und Kosteneindämmung gesehen. Stattdessen findet eine Entwicklung in der Gesundheitsvorsorge statt, die zunehmend den

Patienten und den Versorgungsprozess in den Mittelpunkt stellt (vgl. Oberender/Zerth 2010, 175). Die Gesundheit der Bürger wird in einer zunehmend globalisierten Wirtschaft zum Standortfaktor. Eine verlängerte Lebenszeit bzw. eine lang anhaltende Leistungsfähigkeit der Arbeitnehmer führt zu einer höheren Produktivität (vgl. Henke/Braeske 2011, 71). Dabei gewinnen vor allem Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung indirekter Krankheitskosten an Bedeutung, welche von Henke und Braeske als „Verlust von Ressourcen in Form einer geringen Wertschöpfung als Folge von Morbidität und vorzeitiger Mortalität“ (Henke/Braeske 2011, 77) definiert werden. Dementsprechend lassen sich steigende Investitionen für die Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit durchaus positiv für die Gesellschaft sehen und werden sich unter Umständen in der Zukunft bezahlt machen. Gesundheit fördert Wachstum, Produktivität und das gesellschaftliche Wohlergehen eines Staates (vgl. Henke/Braeske 2011, 34).

Außerdem kann eine gesunde Gesellschaft auch aus gesamtwirtschaftlicher Perspektive heraus analysiert werden. Krankheitsbedingte Arbeitsausfälle können als Opportunitätskosten angesehen werden. Es handelt sich dann um ein Maß für den Wert der Güter und Dienstleistungen, die die Gesellschaft wegen Krankheit gegenwärtig oder zukünftig nicht produzieren kann. Durch das Vermeiden von Krankheit und Frühverrentung können sowohl die Industrie als auch der Staat von einem qualitativ hohen Gesundheitszustand profitieren (vgl. Henke/Braeske 2011, 63).

Die Gesundheitswirtschaft zeichnet sich auch in Zeiten erhöhter Arbeitslosenquoten als zuverlässiger Arbeitgeber aus. Abbildung 6 zeigt, dass im Jahre 2014 rund 14,5 Millionen Erwerbstätige im Gesundheitssektor beschäftigt waren.

Arbeitsplatz für rund jeden siebten Erwerbstätigen

Entwicklung der Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft und Anteil an der Gesamtwirtschaft

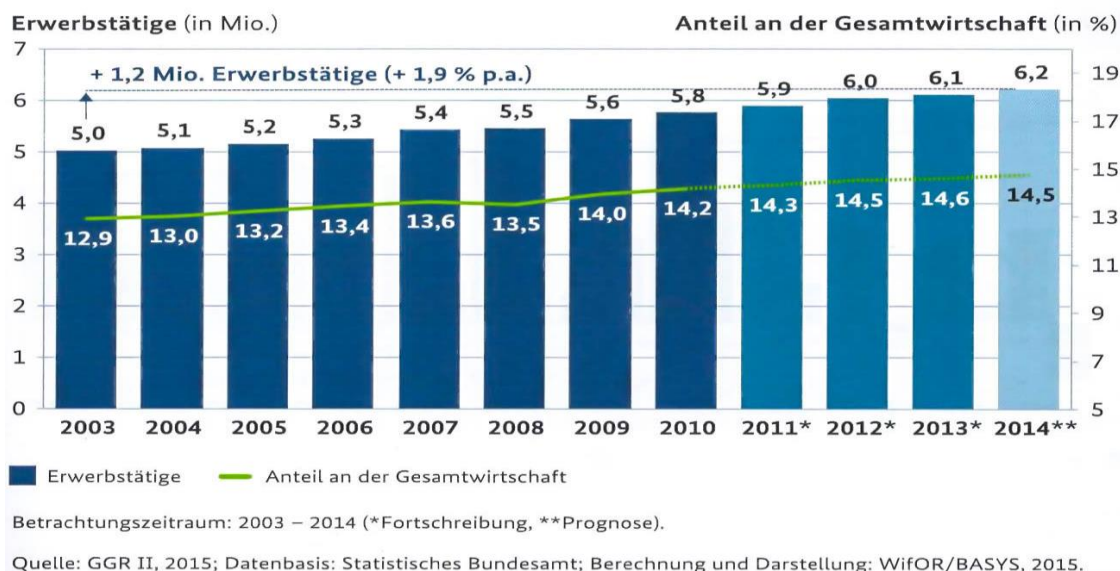


Abbildung 6: Erwerbstätige im Gesundheitswesen

2.3 Spezifika des Gesundheitswesens in Deutschland

Das deutsche Gesundheitssystem ist durch den Korporatismus geprägt, welcher auf die Anfangsjahre der von Bismarck im Jahre 1883 eingeführten Krankenversicherung zurückgeht. In Deutschland nimmt der Gemeinsame Bundesausschuss Aufgaben zur Ressourcenverteilung und Qualitätssicherung wahr. Er legt hauptsächlich fest, welche medizinischen Leistungen im Einzelnen von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden (vgl. Bandelow 2004, 49).

Aus der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts leitet sich die Verantwortung des Staates ab, die Voraussetzungen eines menschenwürdigen Daseins und das Vorhandensein einer medizinischen Grundversorgung zu sichern (vgl. Heible 2015, 70).

2.3.1 Solidarsystem

Das im Jahre 1883 von Otto Eduard Leopold von Bismarck-Schönhausen eingeführte Gesundheitssystem hat bis heute in seinen Grundzügen Bestand. Bismarck wollte mit der Einführung der Sozialversicherungen die Abhängigkeit des Proletariats von den Gewerkschaften verringern und den Einfluss des Deutschen Kaiserreiches stärken.

Das Solidarprinzip ist das wichtigste und zentrale Prinzip der gesetzlichen Krankenkassen. Die Mitglieder aller gesetzlichen Krankenkassen gewähren sich gegenseitige Unter-

stützung im Krankheitsfall. Die Beiträge werden nach Maßgabe der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit erhoben. Für den weit überwiegenden Teil der Mitglieder der Solidargemeinschaft begründet sich die Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht auf deren freiwillige Bereitschaft, sondern ist durch gesetzlich verfügte Versicherungspflicht erzwungen (vgl. Simon 2013, 105).

Dabei findet ein finanzieller Ausgleich zwischen jungen, gesunden und alten, krankheitsanfälligen Menschen (Krankheitslastenausgleich), zwischen ledigen Bürgern und Familien (Familienlastenausgleich) sowie zwischen Höher- und Geringverdienern und zwischen Erwerbstätigen und Nicht-Erwerbstätigen (Einkommensbelastungsausgleich) statt. In vielerlei Hinsicht wird das Solidarprinzip nicht erfüllt. Andere Einkommensformen werden durch die Kopplung an den Lohn nicht berücksichtigt. Es handelt sich bei der paritätischen Finanzierung nicht wie ursprünglich beabsichtigt um eine Umverteilung, sondern eher um vorenthaltenen Lohn. Problematisch ist dies insofern, als hier über die Lohnnebenkosten eine Verknüpfung von Arbeitslosigkeit und Gesundheitssystem stattfindet. Ein weiterer Anstieg der Versicherungsbeiträge wäre nicht nur sozialpolitisch fragwürdig, sondern würde sich – bei zunehmender Globalisierung – auch als Standortnachteil auswirken (vgl. Rachold 2006, 47ff).

Der Gesetzgeber stellt dem Solidarprinzip das Subsidiaritätsprinzip ergänzend zur Seite. Dieses Prinzip fordert, dass Lasten, die vom Individuum und kleineren Solidargemeinschaften getragen werden können, auch von diesen übernommen werden und die jeweils größere Solidargemeinschaft erst eintritt, wenn die kleinere Gemeinschaft überfordert ist. In der gesetzlichen Krankenversicherung spielt dieses Prinzip eher eine untergeordnete Rolle. Am deutlichsten ausgeprägt ist es im Bereich der Sozialhilfe (vgl. Simon 2013, 107f).

Ebenfalls charakterisierend für das deutsche Gesundheitssystem ist das Bedarfsdeckungsprinzip. Durch die Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse wird deren Mitgliedern im Krankheitsfall ein Anspruch auf die medizinisch notwendigen Leistungen gewährt. Die Sach- und Dienstleistungen im Rahmen einer Krankenbehandlung müssen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen allerdings auch „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ (vgl. Simon 2013, 109). Die Leistungen der GKV werden überwiegend als Sachleistungen deklariert. Sie sind für den einzelnen Versicherten fast ausschließlich zum Nulltarif zu erhalten.

2.3.2 Versicherungssystem

Seit dem 1. Januar 2009 gilt eine allgemeine Versicherungspflicht für alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland. Durch die Mitgliedschaft in einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung ist diese Pflicht erfüllt (vgl. Heible 2015, 70).

Die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland ist im Kern eine Zwangsversicherung für alle Arbeitnehmer mit einem Einkommen unterhalb einer festgelegten Einkommensgrenze, der Versicherungspflichtgrenze. Mit Ausnahme bestimmter Personengruppen besteht für Bürger der Bundesrepublik Deutschland keine Wahlfreiheit zwischen GKV und PKV (vgl. Heible 2015, 70). Durch die regelmäßige Zahlung des Versicherungsbeitrages erhält der Versicherte einen Rechtsanspruch auf die Übernahme der Behandlungskosten, die im Zuge eines Krankheitsfalles entstehen. Die Versorgung mit Gesundheitsleistungen orientiert sich nicht an der Höhe der gezahlten Beiträge, sondern am medizinischen Bedarf (vgl. Heible 2015, 71).

Vor dem Hintergrund der Einnahmeschwäche der GKV wird seit einigen Jahren verstärkt diskutiert, ob die Versicherungspflicht in der GKV nicht auf weitere Personengruppen ausgedehnt werden sollte, um die Finanzierung auf eine breitere Grundlage zu stellen. Deswegen wird die Möglichkeit der Rückkehr in die GKV schrittweise erschwert. Damit soll verhindert werden, dass Versicherte in jungen Jahren zu einer für sie günstigen PKV wechseln und im Alter wieder in die GKV zurückkehren (vgl. Simon 2013, 116).

2.4 Finanzierung

Die Vergütung der ärztlichen Behandlung in Deutschland gliedert sich in mehrere Teilbereiche und erfolgt nicht im Rahmen eines einheitlichen Vergütungssystems. Dies liegt an der Unterteilung in ambulante und stationäre Leistungserbringer.

2.4.1 Leistungsbezogene Abrechnung

Die Krankenkassen vergüten die vertragsärztliche Versorgung ihrer Versicherten über die Gesamtvergütungen, die sie als Pauschale je Mitglied an die Kassenärztlichen Vereinigungen überweisen, mit der in der Regel alle Leistungen abgegolten sind (vgl. Bormann 2012, 134).

Grundlage der vertragsärztlichen Vergütung sind Gesamtverträge, die die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung mit den Landesverbänden der Primärkassen und den Landesvertretungen der bundesweit organisierten Ersatzkassen vereinbart (vgl. § 83 SGB V). Im

Gesamtvertrag werden Vergütung und Inhalt der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten der jeweiligen Kassenart vereinbart. Die Vergütungsvereinbarung ist Bestandteil des Gesamtvertrags (vgl. Simon 2013, 309). Die Krankenkassen zahlen die Gesamtvergütung für die Übernahme des Sicherstellungsauftrages durch die Kassenärztliche Vereinigung. Die Verteilung erfolgt nach festgelegten Kriterien und Regeln, welche durch den bundesweit geltenden einheitlichen Bewertungsmaßstab und den Honorarverteilungsmaßstab vorgegeben sind (vgl. Simon 2013, 310). Der EBM weist seit der Gesundheitsreform 2007 keine Punktzahlen, sondern Eurobeträge aus, die das wertmäßige Verhältnis der verschiedenen Leistungen zueinander ausdrücken. Damit reagierte der Gesetzgeber auf die Kritik der Leistungserbringer, welche das bisherige Honorarsystem als intransparent bezeichneten (vgl. Olkowski/Wasem 2007, 52f).

Um eine stärkere Mengensteuerung vorzunehmen, wurden im Jahre 2007 Regelleistungsvolumina eingeführt. Sie definieren die Leistungsmengen je Arztgruppe in Bezug auf den durchschnittlichen Behandlungsbedarf. Ein Leistungserbringer erhält den Punktwert nur, wenn er sich innerhalb des festgelegten Regelleistungsvolumens befindet (vgl. Bormann 2012, 135).

2.4.2 Fallbezogene Abrechnung

Im Jahre 2000 stellte der Bundestag mit der Verabschiedung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes die Vergütung von Krankenhausleistungen auf eine neue Grundlage. Bis dahin hatten die Krankenhäuser direkt mit den Krankenkassen den Budgetrahmen für ihre Einrichtungen ausverhandelt. Krankenhäuser hatten einen wirtschaftlichen Anreiz, Patienten möglichst lange im Hause zu behalten. Es wurde pro „Liegetag“ bezahlt. Aspekte wie Wirtschaftlichkeit, Wettbewerb und Transparenz spielten im stationären Sektor eine untergeordnete Rolle.

Das neue Diagnostic Related Group (DRG) Fallpauschalensystem ist ein Preissystem. Der Preis einer DRG ergibt sich aus der Multiplikation von Basisfallwert und Relativgewicht. Das DRG-System ist ein lernendes System, da sich der Fallpauschalenkatalog und die abgerechneten Leistungsmengen jährlich ändern. Dies liegt an der medizinischen Entwicklung und den damit einhergehenden Prozess- und Produktinnovationen (vgl. Imdahl/Heubel 2015, 98). Die Krankenkassen erstatten die Leistungen der Krankenhäuser nach einheitlichen Preisen. Alle Krankenhäuser erhalten für die gleiche Leistung den gleichen Preis. Krankenhäuser, die für eine Diagnose mehr Ressourcen aufwenden, als es die Preise vorgeben, riskieren ihren Fortbestand. Somit ist ein Krankenhaus de facto zur Prozessoptimierung gezwungen (vgl. Imdahl/Heubel 2015, 94f).

Im Fallpauschalengesetz 2002 wird zur Begründung des DRG-Systems ausgeführt: „Es soll dazu beitragen, dass die Ressourcen bedarfsgerechter und effizienter eingesetzt werden.“ (vgl. Simon 2007, 44). Demnach liegt der Einführung der DRGs die Annahme zugrunde, dass eine Steuerung der stationären Versorgung mittels ökonomischer Anreize möglich und für alle Beteiligten positiv sei. Das daraus resultierende Anpassungsverhalten der medizinischen Fachkräfte an vorgegebene Rahmenbedingungen soll zu einer effizienteren und qualitativ hochwertigeren stationären Versorgung führen (vgl. Braun/Buhr/Klinke/Müller/Rosenbrock 2009, 61).

Ein pauschalisiertes Vergütungssystem kann nur dann seinem Anspruch einer leistungsgerechten Allokation der finanziellen Mittel gerecht werden, wenn es über ein Klassifikationssystem verfügt, welches die bestehende Versorgungswirklichkeit und die Leistungsstrukturen widerspiegelt (vgl. Baum 2009, 26). Tatsächlich bietet das DRG-System keinerlei Instrumentarium, um zu messen, ob sich die Ressourcenverteilung im Krankenhaus am Versorgungsbedarf der Bevölkerung einer bestimmten Versorgungsregion orientiert. In das DRG-System werden außer allgemeinen Patientendaten nur die vom Arzt festgestellte Haupt- und Nebendiagnose eingegeben. Es verfügt über keinerlei Instrumente zur Messung von Struktur- oder Ergebnisqualität und kann dadurch keine bedarfsgerechte Versorgung abbilden oder fördern. Hinzu kommt, dass der Gesetzgeber über keine Definition des Begriffs „Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus“ oder quantifizierbare Kennzahlen für deren Messung verfügt (vgl. Simon 2007, 52).

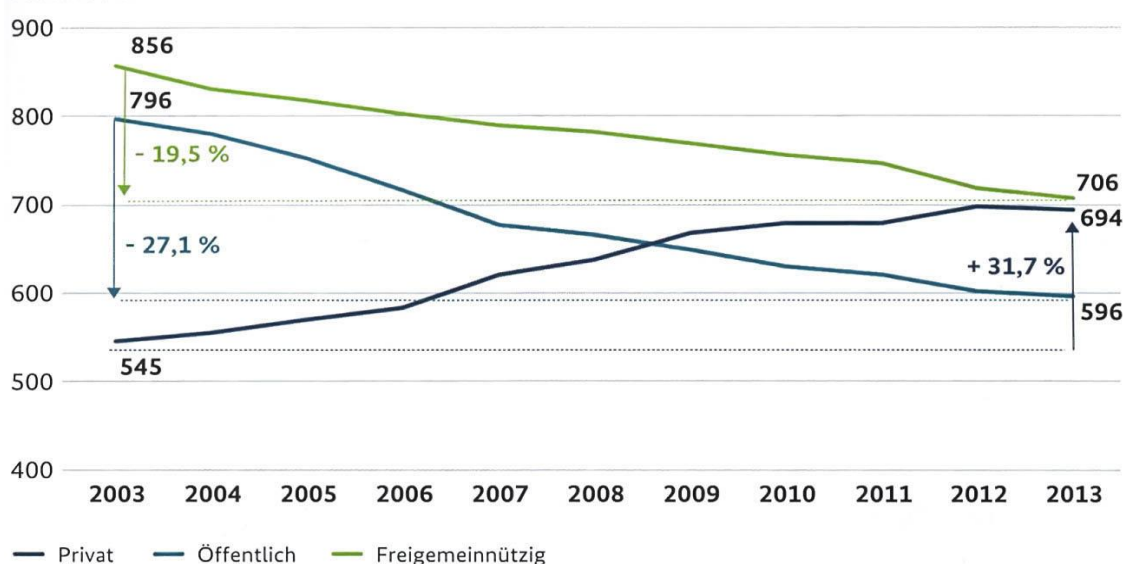
Infolgedessen sind Leistungserbringer angehalten, mindestens kostendeckend zu arbeiten. Dies kann sowohl durch Steigerung der Erlöse als auch durch eine Reduktion der Kosten erfolgen. Im Zeitalter der DRGs gilt es somit, abrechnungsrelevante Fälle und deren Relativgewichte zu steigern. Ergebnisverbesserungen lassen sich außerdem auch durch Up- bzw. Rightcoding generieren. Dabei werden Basisfallwert und Relativgewicht bewusst falsch kodiert, um einen höheren Erlös zu erhalten (vgl. Imdahl/Heubel 2015, 106). Eine Korrelation zwischen dem Wert einer erbrachten Krankenhausleistung und der Veränderung der Fallzahlen konnte in einem Gutachten belegt werden. Darin heißt es: „Erhöht sich das DRG-Gewicht um einen Prozent, steigen die Fallzahlen im Krankenhaus durchschnittlich um 0,2 Prozent pro Jahr an. Sinkt das DRG-Gewicht um einen Prozent, nimmt die Zahl der stationären Fälle um 0,2 Prozent ab.“ (vgl. Ärzteblatt)

Das neue Abrechnungssystem hat zu einem Anstieg privater Krankenhausgesellschaften geführt, welche dem Gewinnmaximierungsprinzip folgen (vgl. Abbildung 7).

Private Krankenhäuser auf dem Vormarsch

Anzahl der Krankenhäuser nach Trägern im Zeitverlauf

Anzahl der Krankenhäuser



Betrachtungszeitraum: 2003 – 2013.

Freigemeinnützige Träger sind bspw. die Kirchen oder freie Wohlfahrtsverbände.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik; Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt; Berechnung und Darstellung: WifOR/BASYS, 2015.

Abbildung 7: Private Krankenhäuser auf dem Vormarsch

Dort werden sämtliche Prozesse rationiert, um die Renditeerwartungen der Aktionäre zu befriedigen. Allerdings sind private Klinikketten bislang dem Nachweis einer qualitativ besseren oder effizienteren Versorgung schuldig geblieben (vgl. Herr 2008, 1057).

Im Gegenteil: Die nun geforderte Arbeitsweise der angestellten Ärzte und Pflegekräfte steht in einem Spannungsfeld zu deren beruflichen Ethos. Problematisch wird es laut Manzeschke dort, „wo ökonomisch interessante, aber therapeutisch fragwürdige Maßnahmen ergriffen werden bzw. notwendige Maßnahmen aus ökonomischen Erwägungen unterlassen werden“ (Manzeschke 2013, 8).

2.4.3 Selbstzahlende Medizin

Das Prinzip der Selbstbeteiligungen ist ein Instrument zur Steuerung der patienteninduzierten Nachfrageausweitung. Für die Versicherten besteht kein direkter Zusammenhang zwischen Preis und Leistung. Da die Leistungen unabhängig von der Beitragshöhe gewährt werden, gibt es aufseiten der Versicherten wenig Kostenbewusstsein. Bei Selbstbeteiligungen wird der Patient verpflichtet, für die Inanspruchnahme bestimmter Leistungen

einen finanziellen Beitrag zu errichten (vgl. Rachold 2006, 59). Selbstbeteiligungen sind in verschiedener Form möglich. Allen Formen ist dabei gemeinsam, dass die Patienten bei Inanspruchnahme der Leistung einen eigenen finanziellen Beitrag zu leisten haben (vgl. Cortekar 2006, 48).

Selbstbeteiligungen sind laut Cortekar dann intelligent, wenn sie „im Bereich unterer Gesundheitsausgaben eine sehr hohe Eigenbeteiligungsquote aufweisen, im mittleren Bereich noch etwa ein Drittel ausmacht und erst im Bereich höchster Belastungen auf ein Minimum entfällt“ (Cortekar 2006, 49).

2.4.4 Finanzierung durch Länder

Die öffentlichen Haushalte finanzieren vor allem die für den Gesundheitsbereich zuständige öffentliche Verwaltung. Außerdem tätigen sie Investitionen und bieten Ausbildungsplätze an. Ihr Anteil an den Gesundheitsausgaben ist seit der Einführung der Pflegeversicherung deutlich zurückgegangen (vgl. Simon 2013, 136).

2.4.5 Wettbewerb vs. Solidarprinzip

Die Systeme der gesetzlichen Krankenversicherung und der privaten Krankenversicherung (PKV) laufen parallel nebeneinander her und vertreten unterschiedliche Interessen. Immer wieder wird das duale Versicherungssystem von deutschen Medien oder Politikern kritisiert. Es entstehe eine „Zwei-Klassen-Medizin“, so der allgemeine Tenor.

In der GKV kommt der Solidargedanke laut Faik dadurch zum Tragen, „dass medizinische Leistungen nach dem individuellen Bedarf zugewiesen, die Ausgaben hingegen nach der individuellen Leistungsfähigkeit finanziert werden“ (Faik 2003, 5). Allerdings wird im System der gesetzlichen Krankenkassen das Solidarprinzip teilweise außer Kraft gesetzt. Dies wird durch das im Jahre 2014 in Kraft getretene „Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)“ deutlich. Demnach wird der Beitragssatz von 15,5 % auf 14,6 % abgesenkt. Allerdings können die Krankenkassen in Zukunft Zusatzbeiträge von ihren Mitgliedern erheben. Der Arbeitgeberanteil bleibt unangetastet bei 7,3 %. Sämtliche Ausgabenerhöhungen werden in Zukunft ausschließlich von den Arbeitnehmern getragen (vgl. Lieb 2014, 40).

Der gravierendste Unterschied beider Systeme ist sicherlich der Kontrahierungszwang der GKV. Diese sind gezwungen, jeden Bewerber aufzunehmen. Private Versicherungsunternehmen unterliegen dagegen keinem Kontrahierungszwang. Wird dem Antrag auf Mit-

gliedschaft zugestimmt, erfolgt auf der Grundlage einer Risikoeinschätzung nach Geschlecht, Alter, Krankheitsgeschichte und allgemeinem Gesundheitszustand die Berechnung des Versicherungsbeitrages (vgl. Heible 2015, 71). Die richtig teuren Versicherten werden in der Regel von den PKVen abgelehnt und verbleiben in der gesetzlichen Krankenversicherung. Es gibt dadurch systematisch mehr Risikopatienten in der GKV als in der PKV. Dies führt laut Heible zu „deutlichen Leistungsunterschieden hinsichtlich Art, Höhe und Umfang der Leistung, zwischen privat und gesetzlich Versicherten“ (Heible 2015, 72).

Anders als in der GKV versichert sich in der PKV jedes Mitglied selbst. Kann ein Versicherungsnehmer aufgrund finanzieller Engpässe seine Prämien nicht bezahlen, hat er die Möglichkeit, in den Basistarif der PKV zu wechseln. Jedes Versicherungsunternehmen ist gesetzlich dazu verpflichtet, diesen Tarif, der mit den Leistungen der GKV vergleichbar ist, anzubieten. Ein Wechsel zu einem anderen Versicherungsunternehmen ist insofern nicht lukrativ, als die bisherigen Altersrückstellungen nicht übertragbar sind und somit beim Versicherungsunternehmen verbleiben. Dies führt zu der kuriosen Situation, dass im marktwirtschaftlich organisierten System der PKVen weniger Wettbewerb herrscht als in den solidarischen GKVEn (vgl. Berger 2013, 259).

3 Versorgungsmanagement

3.1 Qualitätsmanagement in der Versorgung

In § 2 Absatz 1 SGB V heißt es: „Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.“

Der Staat beschränkt sich darauf, die Organe des Gesundheitswesens aufzufordern, Anforderungen an die Qualität zu definieren und überträgt ihnen die Aufgabe zu evaluieren, inwiefern die Akteure deren Einhaltung im System nachkommen. Ausführende Organe sind verschiedene Träger, Stiftungen und Verbände, welche die Überprüfung der Qualität übernehmen und Einrichtungen zertifizieren (vgl. Iseringhausen 2007, 39f).

Erschwert wird eine vollumfängliche Definition von „Qualität im Gesundheitswesen“ durch die individuelle Wahrnehmung und Gewichtung des Gutes „Gesundheit“. Technische Konzepte, die lediglich die Ergebnisqualität messen und andere Determinanten unberücksichtigt lassen, greifen daher zu kurz.

Laut Niechzial muss ein ausgereiftes Qualitätsmanagement folgende Kriterien berücksichtigen:

- Evidenzbasierte Medizin
- Austausch und Kooperation zwischen Laienöffentlichkeit und Vertretern der medizinischen Wissenschaft
- Ganzheitliche Betrachtung des Individuums
- Enge und kontinuierliche Beziehung zwischen Arzt und Patient (vgl. Niechzial 2007, 225)

3.1.1 Medizinische und pflegerische Versorgung

Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung ist in § 136 Absatz 1 SGB V festgehalten. Darin heißt es: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben Maßnahmen zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen. Die Ziele und Ergebnisse dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu dokumentieren und jährlich zu veröffentlichen.“

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt Richtlinien, die in Anlehnung an § 2 SGB V eine ausreichende, wirtschaftliche und zweckmäßige Versorgung sicherstellen

sollen. Dabei kann er die Erbringung und Verordnung von Leistungen einschränken oder ausschließen, wenn nach dem allgemein anerkannten wissenschaftlichen Stand der medizinischen Erkenntnis der therapeutische oder diagnostische Nutzen oder die medizinische Notwendigkeit nicht nachgewiesen ist (vgl. Niechzial 2007, 229).

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), welches von Beiträgen der gesetzlichen Krankenkasse finanziert wird, dient als zusätzliches Kontrollorgan und veröffentlicht auf seinem Internetauftritt in regelmäßigen Abständen Berichte, Schnellberichte, Dossiers und Potenzialbewertungen. Es darf ausschließlich Aufträge vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder vom Gesundheitsministerium entgegennehmen (vgl. IQWiG).

Vertreter aller Gesundheitsberufe und Patientenorganisationen schlossen sich im April 2005 zum Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. zusammen. In Arbeitskreisen, auf Tagungen und in Gremiumssitzungen werden Lösungsansätze zu aktuellen Versorgungsdefiziten, in regelmäßigen Abständen publiziert (vgl. APS).

3.1.2 Zertifizierung von Einrichtungen

Die Einführung der Fallpauschalen verändert die Kostenstruktur im stationären Sektor nachhaltig. Krankenhäuser und andere Einrichtungen sind gezwungen, ihre Prozesse ökonomischen Denkmustern zu unterwerfen, und dadurch einem erhöhten Wettbewerbsdruck ausgesetzt. Ziel ist es, durch ein internes Qualitätsmanagement, zu dem die Krankenhäuser nach § 137 SGB V verpflichtet sind, die Prozesse im Krankenhaus nachhaltig zu optimieren und durch eine externe Zertifizierung Wettbewerbsvorteile zu erlangen (vgl. Niechzial 2007, 228).

Die Implementierung eines internen Qualitätsmanagements ist Voraussetzung für den Erhalt einer externen Zertifizierung, welche belegt, dass ein Produkt, ein System oder eine Personalqualität mit vorher festgelegten Merkmalen übereinstimmt. Zur Einführung, Umsetzung und Bewertung eines Qualitätsmanagements in der Praxis stehen mehrere Konzepte zur Auswahl. Laut Becker und Dintelmann ist das Konzept nach „Kooperation für Transparenz und Qualität im deutschen Gesundheitswesen“ (KTQ) das am weitesten verbreitetste. Es orientiert sich an bewährten Systemen wie beispielsweise der „Joint Commission on Accreditation“ und dem „EFQM-Verfahren“ (Becker/Dintelmann 2006, 402).

Die Zertifizierungsverfahren der Akademie für „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“ fokussiert sich dabei auf die ganzheitliche Verbesserung der Pati-

entenversorgung. Der Bewertungskatalog ist in zwei Teile, den Strukturhebungsbogen und den Kriterienkatalog, gegliedert. Die gegenwärtig 72 Kriterien werden in folgenden sechs Gruppen zusammengefasst: Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Sicherheit im Krankenhaus, Informationswesen, Krankenhausführung und Qualitätsmanagement (vgl. KTQ). Das KTQ-System ist von den Akteuren des Gesundheitswesens speziell für die Bedürfnisse des deutschen Gesundheitsmarktes entwickelt worden. Im Gegensatz zu den Normen DIN EN ISO 9000ff ist eine Zertifizierung nur für das gesamte Krankenhaus möglich (vgl. Töpfer/Großekathöfer 2006, 387f).

Die internationale Normenreihe der DIN EN ISO 9000ff stellt ein Basiskonzept des Qualitätsmanagements dar und fokussiert sich dabei nicht nur auf die Krankenversorgung, sondern auch auf die Bereiche Forschung und Lehre (vgl. Eberlein-Gonska 2006, 426).

Seit Dezember 2012 gibt es in der Europäischen Union mit der Norm DIN EN 15224 erstmalig einen einheitlichen branchenspezifischen Standard für das Gesundheitswesen. Sie basiert auf der Norm DIN EN ISO 9001 und ist speziell auf die Bedürfnisse von Einrichtungen im Gesundheitswesen zugeschnitten. Der Fokus liegt dabei auf Themen wie Patientensicherheit und dem Management klinischer Risiken.

3.1.3 Standardisierung durch ärztliche Qualitätssicherung

Die wesentlichen Strukturen der ärztlichen Berufsorganisation, die sich mit Qualitätsmanagement beschäftigen, sind in der Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin zusammengeführt (vgl. Niechzial 2007, 232).

3.2 Spezielle Versorgungssysteme

Die politische Steuerung des Gesundheitswesens steht seit vielen Jahren vor dem Problem, dass eine allgemeine, gleiche und zeitnahe Versorgung aller Bürger in Zukunft immer problematischer werden wird. Durch den demografischen Wandel steigt die Zahl der Sorgebedürftigen und Multimorbiden. Eine Einschränkung des Leistungsangebotes sowie eine Erhöhung der Beitragssätze sind politisch unpopulär und werden als volkswirtschaftlich problematisch angesehen, da somit die Arbeitskosten ansteigen würden. Stattdessen nimmt die Gestaltung von Organisationen und Versorgungsprozessen nach effizienzorientierten, rationalen Kalkülen zu. Um mehr Wettbewerb innerhalb des Gesundheitswesens zu ermöglichen, löste der Gesetzgeber den starren Kollektivvertrag auf und führte zunehmend liberale Elemente in das Gesundheitswesen ein. Dazu zählt vor allem der Selektivvertrag (vgl. Manzeschke 2013, 226).

3.2.1 Managed Care

Aufgrund der verschiedenen Gestaltungsmöglichkeiten ist es schwer, eine vollumfängliche Definition des Begriffes „Managed Care“ auszuarbeiten. MC ist kein definiertes Versorgungskonzept, sondern ein Sammelbegriff für sämtliche Instrumente zur Steuerung und zum Management in der Gesundheitsversorgung.

Vier Elemente sind besonders charakteristisch für MC-Modelle:

- Verstärkte Orientierung an individuellen Risiken
- Limitierung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen
- Finanzielle Anreize bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen
- Aufhebung der sektoralen Trennung (vgl. Klas 2000, 103)

MC-Ansätze fokussieren sich auf die Begrifflichkeiten „Effizienz“ und „Qualität“. Unnötige Kosten sollen bei mindestens gleichbleibender Qualität vermieden werden. Zur Erreichung dieses Ziels stehen verschiedene Instrumente zur Verfügung.

Der Selektivvertrag wird allgemein als das entscheidendste Merkmal für die Definition von MC herangezogen. Leistungsfinanzierer haben die Möglichkeit, eigenständig Versorgungsverträge mit Leistungserbringern abzuschließen. Es werden nur Leistungen derjenigen Anbieter vergütet, mit denen ein Leistungsfinanzierer einen Versorgungsvertrag geschlossen hat (vgl. Amelung 2011, 153). Selektives Kontrahieren kann sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor angewendet werden (vgl. Van der Beek/Van der Beek 2011, 117). Die konkrete Gestaltung der Vertragsinhalte ist – bis auf lose Rahmenbedingungen – den Vertragspartnern überlassen (vgl. Cortekar 2006, 45). Die Verhandlungsmacht einer MCO hängt dabei entscheidend von der Versorgungsstruktur ab.

Neben den Kosten ist ebenfalls die Sicherstellung einer qualitativ möglichst hohen Leistungserbringung Gegenstand der Kontrakte. Dabei stehen Leistungsfinanzierern verschiedene Elemente zur Verfügung, um diese zu evaluieren:

- Utilization Management (Überprüfung des Nutzens einer Maßnahme)
- Prospective Utilization Management (Überprüfung des Nutzens einer Maßnahme vor der Inanspruchnahme)
- Concurrent Utilization Management (Evidenzbasierte Leitlinien)
- Retrospective Utilization Management (Überprüfung der Maßnahmen nach der Leistungserbringung) (vgl. Cortekar 2006, 81)

Des Weiteren bieten sich Leistungsfinanzierern Optionen, Anreizsysteme für Leistungsempfänger zu implementieren, um deren Verhaltensweisen zu steuern. Mithilfe von Prämienregelungen können auf die Versicherten Kosten übertragen werden, um deren Eigenverantwortung zu schulen. Leistungsfinanzierer besitzen dadurch die Möglichkeit, Versicherte für eine geringe Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu belohnen und ihnen im umgekehrten Fall eine stärkere Belastung aufzuerlegen. Der Bonus kann in Form von erlassenen Beiträgen oder niedrigen Selbstbeteiligungsraten erfolgen (vgl. Rachold 2008, 58).

Eine Alternative zu den Selbstbeteiligungsformen stellen Wahltarife bzw. ein variabler Leistungsumfang dar. Dabei wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch sein eigenes Krankheitsrisiko einschätzen kann. Bei Wahltarifen wird ihm die Möglichkeit gegeben, einen höheren Versicherungsschutz einzukaufen oder andere Leistungen gegen eine Beitragssenkung abzuwählen. Zuerst muss geklärt werden, welche Leistungen in einem potenziellen Grundpaket enthalten sein können. Ist dieses zu umfassend, werden kaum Zusatzleistungen hinzugekauft. Wird hingegen zu viel ausgeschlossen, besteht die Gefahr, dass sich viele Mitglieder nicht mehr die gewünschten Zusatzleistungen leisten können, womit das Solidarprinzip außer Kraft gesetzt wäre (vgl. Cortekar 2006, 53ff).

3.2.2 Integrierte Versorgung

Die rechtliche Basis für die Integrierte Versorgung stellt § 140 SGB V dar. Die gesetzlichen Krankenkassen besitzen nun die Möglichkeit, die Kassenärztlichen Vereinigungen als potenziellen Vertragspartner der Integrierten Versorgung auszuschließen. Stattdessen können nun einzelne Ärzte und Ärztenetze direkte Vertragspartner der Krankenkassen werden. Die Integration kann unterschiedlich tief ausfallen: Von der Integration einzelner Leistungsbereiche eines Sektors bis hin zur vollständigen Integration sämtlicher am Versorgungsprozess beteiligter Leistungsanbieter über alle Sektoren hinweg (vgl. Amelung 2011, 11).

Der Behandlungsverlauf ist in Deutschland durch sektorale Trennungen geprägt. Abbildung 8 zeigt, dass Integrierte Versorgungssysteme bestehende Fragmentierungen in der Versorgung verbessern könnten.

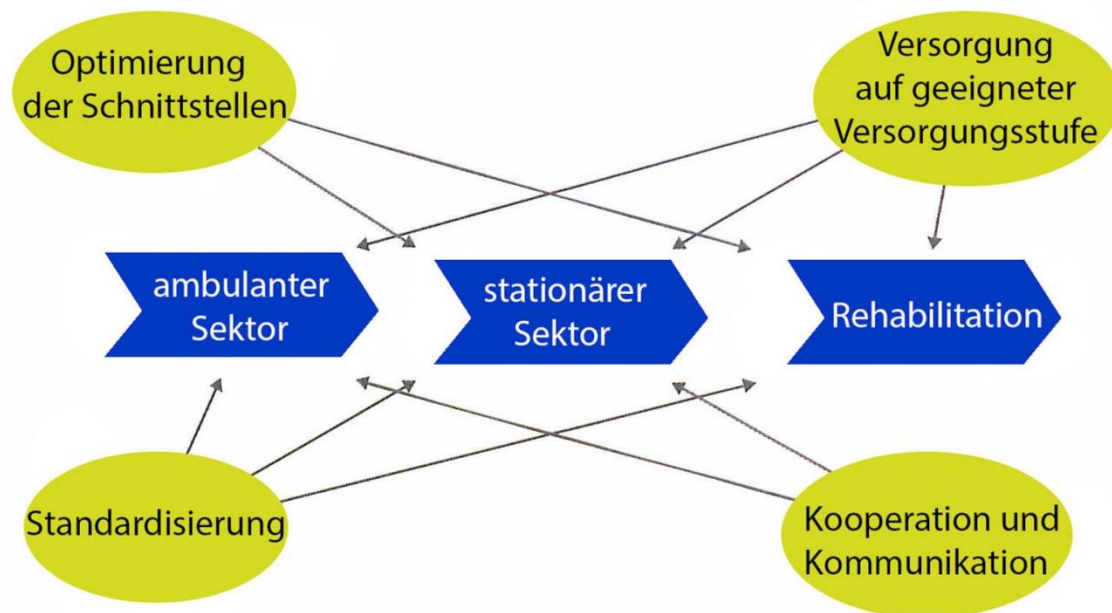


Abbildung 8: Integrierte Versorgung

Die speziell ausgewählten Netzwerkteilnehmer arbeiten koordiniert und prozessorientiert zusammen, um den Patienten eine individuelle Gesundheitsversorgung anzubieten, die dem aktuellen Stand der Forschung entspricht (vgl. Ernst 2008, 39). Ziel eines ärztlichen Kooperationsnetzwerkes sind die Wahrung einer adäquaten medizinischen Versorgungsqualität und die Vermeidung unnötiger Leistungen, insbesondere durch eine Reduzierung der Zahl der Krankenhauseinweisungen (vgl. Hajen/Paetow/Schuhmacher 2011, 163). Einen weiteren Kostenvorteil sehen Hajen, Paetow und Schuhmacher in der Realisierung von Synergieeffekten: „Diese sind dadurch gekennzeichnet, dass bestimmte Leistungen in einem Kooperationsverbund wirtschaftlicher erbracht werden können oder bei gleichen Kosten die Menge der Leistungen erhöht werden kann.“ (Hajen/Paetow/Schuhmacher 2011, 163)

Initiatoren eines Integrierten Versorgungssystems sind meist Krankenkassen oder Managementgesellschaften. Sie können ihre Produktpalette entweder horizontal oder vertikal ausrichten. Amelung definiert diese Möglichkeiten der Institutionenintegration folgendermaßen: „Als horizontale Integration bezeichnet man die Zusammenführung mehrerer ähnlicher Organisationen in einem System. Vertikale Integration beschreibt die Einbeziehung von vor- oder nachgelagerten Produkten oder Dienstleistungen mit dem Ziel, die Wertschöpfungskette zu komplettieren und einen kontinuierlichen Patientenfluss zu sichern.“ (Amelung 2006, 17)

Die Umsetzung Integrierter Versorgungssysteme in die Praxis gestaltet sich schwierig. Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass ein Integriertes Versorgungssystem dann erfolgreich ist, wenn bei gleicher Leistungsqualität die Kosten gesenkt werden können oder die Qualität bei gleichbleibenden Kosten verbessert wird. Erschwert wird eine allgemeine Akzeptanz durch die unterschiedlichen Interessenslagen und Motive der potenziellen Teilnehmer. Bei allen Akteuren sollte eine hinreichende Anreizkompatibilität gewährleistet sein (vgl. Jacobs/Schulze 2004, 98).

Die gesetzlichen Krankenkassen erhoffen sich als größter Kostenträger der Gesundheitsversorgung, effizientere Gesundheitsleistungen „einzukaufen“. Sie werden vor allem Verträge mit Leistungserbringern abschließen, wenn sie diese für ökonomisch interessant erachten, d. h. wenn die Vergütung für den vereinbarten Leistungsumfang Einsparungen ermöglicht oder festgelegte Qualitätsparameter erfüllt werden. Im Rahmen von IV-Verträgen ist es möglich, allgemeingültige Kostenverzeichnisse wie den Fallpauschalenkatalog zu umgehen und stattdessen abweichende Preise zu vereinbaren (vgl. Fischer 2008, 34). Während im Krankenkassenwettbewerb bisher nur der Beitragssatz bzw. der mit Marketingausgaben verbundene Imagegewinn eine Rolle gespielt haben, erhoffen sich Krankenkassen, durch IV-Verträge neue Marktanteile zu gewinnen (vgl. Hajen 2008, 30). Außerdem ermöglichen ihnen neue Versorgungssysteme, aktiver in das Leistungs-geschehen einzugreifen und Patientenströme gezielt durch Anreizsysteme und Beratungsleistungen zu steuern. Allerdings ist die Einführung Integrierter Versorgungssysteme zu Beginn mit einem erhöhten Risiko behaftet. Die Finanzierung der Netzstrukturen obliegt vordergründig den Krankenkassen und bedarf erheblicher Investitionen. Aufgrund der laufenden Abstimmung mit Leistungsanbietern, Abrechnungsanpassungen und zusätzlichen Qualitätskontrollen erhöht sich der administrative Aufwand. Dies sind zum Teil Aufgaben, welche Krankenkassen bislang nicht wahrnehmen mussten.

Grundlegendes Ziel der Gesundheitspolitik ist laut Schröder „eine Verbesserung des Versorgungssystems zu gleichen Kosten, eine Kosteneinsparung ohne Qualitätsverlust oder im Idealfall, eine verbesserte Gesundheitsversorgung bei gleichzeitiger Reduktion der Kosten“ (Schröder 2009, 17). Die gesundheitspolitischen Prozesse werden unter makroökonomischen Gesichtspunkten bewertet. Dies bedeutet, dass sämtliche Kosten und Nutzenkomponenten miteinbezogen werden, unabhängig davon, bei welchem Akteur sie anfallen. Im Vordergrund stehen dabei die Auswirkungen auf die gesamte Gesundheitsversorgung. Die Beurteilung erfolgt anhand der Dimensionen Qualität, Kosten und Zugang zur Gesundheitsversorgung (vgl. Schröder 2009, 17).

Laut Jacobs unterstreichen einschlägige Versicherungsbefragungen immer wieder den Einfluss finanzieller Anreize auf die Akzeptanz neuer Versorgungsformen bei den Patienten. Gerade zu Beginn der Einführung eines neuen IV Konzeptes können Versicherte durch finanzielle Anreize in Form von Bonussystemen zu einer Teilnahme bewegt werden. Ohne eine entsprechend hohe Partizipationsbereitschaft der Versicherten werden sich Integrierte Versorgungssysteme nicht durchsetzen können. Die Teilnahme erfolgt immer auf freiwilliger Basis, allerdings sind die Versicherten aufgrund ihrer Position in ihrer Autonomie eingeschränkt und somit anfällig für Manipulationen (vgl. Jacobs 2004, 98).

3.2.3 Disease Management

Ein Großteil der Ausgaben der Gesundheitsversorgung entfällt auf einen relativ geringen Anteil der Versicherten. Daraus erwächst die Forderung, die Qualität und die Kosten dieser Versichertengruppe gezielt zu verbessern (vgl. Amelung 2011, 259). Der aus den USA stammende Disease Management (DM) Ansatz entwickelte sich im Rahmen des Aufstiegs der MC-Organisationen. Schönbach definiert DMP als „Gesamtheit der koordinierten Maßnahmen zur optimalen und standardisierten Behandlung eines gesamten Krankheitsbildes, wobei medizinische und ökonomische Aspekte zu beachten sind“ (Schönbach 2003, 217).

Es handelt sich hierbei um einen Behandlungsansatz, der für chronische Erkrankungen eine evidenzbasierte und vollumfängliche Therapie sichern soll (vgl. Greiner 2004, 30). Dies ist möglich, indem eingeschriebene Patienten, behandelnde Leistungserbringer und Krankenkassen einen Vertrag abschließen, welcher die Behandlung nach gesicherten wissenschaftlichen Standards garantiert. In Deutschland erhalten die Krankenkassen für Versicherte, die an einem Disease Management Programm (DMP) teilnehmen, deutlich höhere Zuwendungen aus dem Gesundheitsfonds als für die übrigen Versicherten (vgl. Wille 2009, 106).

Ein wesentliches Merkmal von DMP ist die Implementierung von evidenzbasierten Leitlinien. Leitlinien werden primär zur Steuerung der Mengenkomponenten eingesetzt. Wird eine Leistung genehmigt, kann nun exakt vorgegeben werden, in welchem Umfang diese erbracht werden soll. Somit wird in erster Linie die Prozessqualität fixiert (vgl. Amelung 2011, 237). Die Leitlinien werden sowohl Leistungserbringern als auch Versicherten ausgehändigt. Die aktive Einbindung der Patienten in den Behandlungsprozess ist ein wesentliches Merkmal des DM. Patienten sollen befähigt werden, ihre Krankheit besser managen zu können. Dies kann vor allem durch Informationstransparenz in Form von

Handlungsempfehlungen geschehen, wodurch Patienten detaillierter über ihre Krankheit und deren Auswirkungen in Kenntnis gesetzt werden (vgl. Kranzer 2008, 76). Im Gegenzug verpflichten sich Leistungserbringer regelmäßig an Schulungen teilzunehmen (vgl. Kranzer 2008, 72).

Zu einem erfolgreichen DMP gehört ein funktionierendes Datenmanagement auf der Basis von Dokumentations- und Informationssystemen. Leistungserbringer müssen über den gesamten Behandlungsprozess informiert sein, um eine effiziente und qualitative Versorgung zu gewährleisten. Durch zentrale Informationsplattformen können alle relevanten Daten zur Verfügung gestellt werden. Dadurch sollen Doppeluntersuchungen und Behandlungsfehler ausgeschlossen werden. Ein funktionierendes Datenmanagement erleichtert ebenso den Überblick über den Versichertenbestand sowie über zukünftige Evaluationen. Dabei werden nicht nur physiologische Daten, sondern auch intangible Parameter wie Lebensqualität oder Patientenzufriedenheit herangezogen (vgl. Greiner 2004, 66).

3.2.4 Case Management

Im Gegensatz zum DM ist das Case Management (CM) auf komplizierte und kostenträchtige Einzelfälle spezialisiert. Der Fokus wird auf Patienten mit hohem Erkrankungsrisiko, lebensgefährlichen Verletzungen oder chronischen Erkrankungen gelegt. Typische Krankheitsbilder die durch ein CM betreut werden sind AIDS, schwere Verbrennungen oder Rückenmarksverletzungen. Das CM weist Ähnlichkeiten zum Hausarztmodell auf. Allerdings führt der Case Manager keine medizinische Behandlung durch, sondern koordiniert den Versorgungsprozess (vgl. Amelung 2012, 276).

3.2.5 Hausarztsysteme

Den Grund für die Einführung von Hausarztsystemen sieht Van den Beek in „der weitgehenden Therapiefreiheit für Ärzte, der Möglichkeit für Versicherte sofort einen Spezialisten aufzusuchen und der gleichzeitigen Sektorentrennung“ (Van den Beek 2011, 121).

Bei Hausarztsystemen wird der Zugang zu medizinischen Leistungen durch sogenannte Primärärzte (Gatekeeper) bestimmt, die darüber entscheiden, welche anderen Leistungserbringer im Behandlungsverlauf hinzugezogen werden. Versicherte müssen zuerst einen als Gatekeeper arbeitenden Arzt konsultieren, bevor sie weitere Leistungen in Anspruch nehmen können. Dieser entscheidet dann, ob die Leistung von ihm selbst, von einem Facharzt oder einem Krankenhaus erbracht werden soll. Damit fungiert er als Wächter für

die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (vgl. Rachold 2006, 63). Er steuert seinen Patienten durch das Gesundheitswesen und erhält auf diese Weise einen ganzheitlichen Überblick über den gesamten Behandlungsablauf (vgl. Eichhorn 1998, 13). Die Rolle des Allgemeinmediziners wird inhaltlich aufgewertet. Fraglich ist dabei, ob ein Allgemeinmediziner über einen aktuellen Wissensstand sämtlicher Fachrichtungen verfügt.

Eichhorn und Schmidt-Rettig sehen den Vorteil von Hausarztssystemen vor allem „in der auf die Person des Patienten ganzheitlich abgestimmten Versorgung. Zum anderen kann die Versorgung nicht nur nach medizinischen, sondern auch nach Kostengesichtspunkten optimiert werden, und zwar durch die Vermeidung von unnötiger Diagnostik und Therapie, unnötigen Spezialbehandlungen, vor allem von unnötigen Krankenhausaufenthalten.“ (Eichhorn/Schmidt-Rettig 1998, 14)

Hausarztssysteme stellen eine weitere Form von Selektivverträgen dar. Der im Zuge des Wettbewerbsstärkungsgesetzes eingeführte Paragraph 73b im SGB V schreibt sämtlichen deutschen Krankenkassen vor, flächendeckend Hausarztverträge anzubieten, welche auf einer freiwilligen Teilnahme beruhen (vgl. Hajen 2008, 19).

3.3 Abrechnungssysteme

Die Gestaltung von Vergütungssystemen für die Leistungserbringer ist ein wesentliches Steuerungsinstrument von MC (vgl. Amelung 2011, 174).

Ein Vergütungssystem besteht laut Hajen, Paetow und Schuhmacher aus folgenden vier Elementen:

- Funktion des Vergütungssystems
- Vergütungsformen
- Vergütungsverfahren
- Abrechnungsmodus (vgl. Hajen/Paetow/Schuhmacher 2011, 157)

Ein optimales Abrechnungssystem soll den Anbietern von Gesundheitsleistungen ein leistungsgerechtes Einkommen sichern, zugleich aber hohe Belastungen für Leistungsfinanzierer oder Versicherte vermeiden. Zusätzlich sollte es für sämtliche Akteure des Gesundheitswesens transparent und anpassungsfähig sein (vgl. Hajen/Paetow/Schuhmacher 2011, 159f).

3.3.1 Fallpauschale

Bei der Fallpauschale ist der einzelne Fall Bezugsbasis der Vergütung. Krankheiten werden auf der Basis verschiedener Kriterien unterschieden und einzeln vergütet (vgl. Amelung 2011, 189). Dadurch besteht für den Leistungserbringer der Anreiz, möglichst effizient zu arbeiten, da der nicht eingesetzte Teil der verbrauchten Ressourcen als Gewinn einbehalten werden kann (vgl. Cortekar 2006, 60).

Ein Problem der Fallpauschalen ist die Zuordnung von Patienten mit Mehrfacherkrankungen. Fallpauschalen verleiten Leistungserbringer dazu, Versicherte bewusst in höher vergütete Fallgruppen einzuordnen. Ferner begünstigen Fallpauschalen Risikoselektionen. Kostenintensive Patienten werden abgelehnt. Der ressourcenschonende Umgang spiegelt sich in der Auslastung der Kapazitäten wider. Lukrative Fälle werden signifikant häufiger behandelt als kostenintensive Fälle (vgl. Amelung 2011, 191).

Fallpauschalen machen ärztliche Leistungen transparenter und ermöglichen Leistungsvergleiche. Das führt zu einem Wettbewerbsnachteil für Ärzte, die ihre Patienten „schlechter“ versorgen (vgl. Rachold 2006, 56). Um dies zu verhindern setzten MCOs Case Management und Concurrent Review ein, um eine ordnungsgemäße Abrechnung der Fallpauschalen sicherzustellen (vgl. Amelung 2011, 191).

3.3.2 Kopfpauschale

Bei Kopfpauschalen besteht der Unterschied zu den Einzelleistungsvergütungen darin, dass sich das Honorar nicht auf den Behandlungsfall, sondern auf den einzelnen Patienten bezieht (vgl. Eichhorn/Schmidt-Rettig 1998, 17). Die Höhe der Kopfpauschalen ist von Alter, Geschlecht und Morbiditätsrisiko der Versicherten abhängig. Theoretisch können alle für die Versorgung eines Patienten medizinisch notwendigen Leistungen berücksichtigt werden. In der Regel werden jedoch bestimmte Leistungen aus der Kopfpauschale herausgenommen, um das Risiko des Mediziners zu begrenzen (vgl. Amelung 2011, 181). Der Arzt erhält pro Versichertem einen festgelegten Betrag, den er unabhängig von Dauer und Intensität der Behandlung aufwenden muss. Reicht der Betrag nicht aus, muss er weitere Behandlungsschritte selbst finanzieren. Nicht verwendete Mittel können als Gewinn einbehalten werden. Das Einkommen der Leistungserbringer berechnet sich aus der Differenz von Kopfpauschale und Behandlungskosten (vgl. Klas 2000, 145). Eine Leistungsausweitung ist für den Leistungserbringer aus ökonomischer Sicht sinnlos (vgl. Eichhorn 1998, 17).

In diesem System besteht der Anreiz für den Arzt darin, den Patienten medizinisch adäquat zu behandeln, damit er schnell gesund wird und keine Folgekosten entstehen. Eine angebotsinduzierte Nachfrage kann faktisch ausgeschlossen werden, da der Arzt vor allem an gesunden Patienten verdient. Präventive Maßnahmen, gesundheitsfördernde Angebote und eine generell intensivere Auseinandersetzung mit dem Patienten könnten positive Folgen der Kopfpauschale sein. Der Arzt wird daran interessiert sein, sich immer über die neuesten Methoden zu informieren, mit denen er der Häufigkeit und dem Schweregrad der Erkrankungen seiner Patienten entgegenwirken kann (vgl. Eichhorn 1998, 17). Die Kopfpauschale ist außerdem verwaltungsmäßig relativ einfach, fördert die Kontinuität der Patientenbehandlung und stärkt das Arzt-Patienten-Verhältnis (vgl. Amelung 2011, 183).

MC-Organisationen, welche ihre Leistungserbringer mit Kopfpauschalen vergüten, müssen in besonderer Weise Maßnahmen der Qualitätssicherung ergreifen. Jede zusätzliche Aktivität mindert das Einkommen oder den Freizeitnutzen des Leistungserbringers. Somit besteht der Anreiz, den Aufwand möglichst gering zu halten. Bei angespannter Haushaltslage wird der Leistungserbringer dazu verleitet, medizinische Leistungen zu unterlassen (vgl. Cortekar 2006, 59).

4 Analyse internationaler Versorgungssysteme

Die Analyse und Vergleichbarkeit internationaler Gesundheitssysteme wird durch verschiedene Faktoren erschwert.

Die Effizienz eines Gesundheitssystems müsste eigentlich über das Verhältnis von eingesetzten Mitteln und dem Behandlungsergebnis gemessen werden. Konzentriert man sich dabei nur auf die Ergebnisqualität, gerät man in Gefahr, andere essenzielle Aspekte, wie eine gerechte Ressourcenallokation, zu vernachlässigen (vgl. Schölkopf/Pressel 2014, 218).

Die Gesundheitssystemforschung beschreibt und analysiert Gesundheitssysteme nach den Dimensionen Versorgungsstruktur, Finanzierungsstruktur und Regulierungsstruktur. Nach diesen Dimensionen werden drei Typen von Gesundheitssystemen unterschieden: staatliche Gesundheitssysteme, Sozialversicherungssysteme und Privatversicherungssysteme (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, 40).

Der Gesundheitsstatus einer Bevölkerung ist nicht nur von der Qualität der medizinischen Leistung abhängig, sondern ebenfalls von sozioökonomischen Merkmalen und Umwelteinflüssen. Außerdem unterliegen Gesundheitssysteme unterschiedlichen Logiken. Beispielsweise nimmt das Ziel einer gerechten medizinischen Versorgung aller Bürger in Deutschland und in Großbritannien einen wesentlich höheren Stellenwert ein als in den USA (vgl. Hajen/Paetow/Schuhmacher 2011, 250f).

Den Versuch eines umfassenden Vergleiches europäischer Gesundheitssysteme unternimmt jährlich das schwedische Beratungsunternehmen „Health Consumer Powerhouse“ (HCPH). Dabei werden die internationalen Gesundheitssysteme nach folgenden Kriterien bewertet: Patientenrechte und -information, Wartezeit für eine medizinische Behandlung, Ergebnisqualität, Reichweite der Leistungen/Versorgungsgerechtigkeit, Prävention und Arzneimittel.

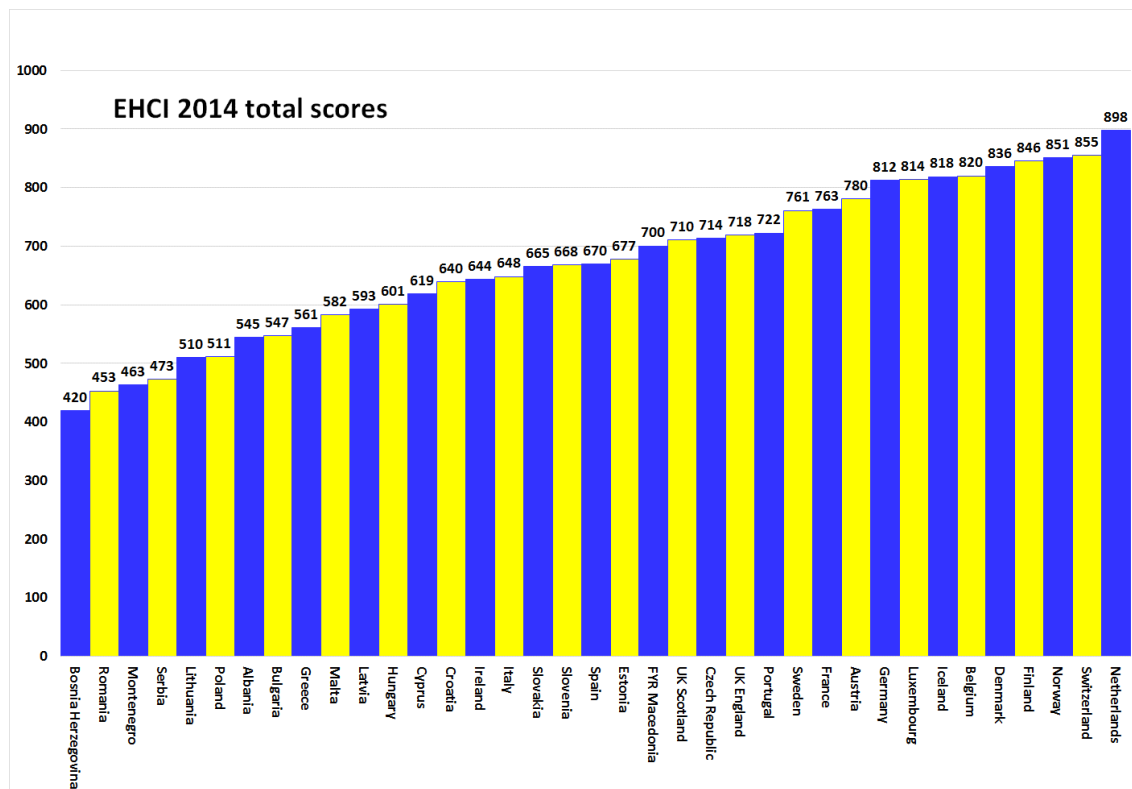


Abbildung 9: EHCI Total Scores

Im Rahmen des ersten Kriteriums wird untersucht, ob Patientenrechte gesetzlich verankert sind oder nicht. Die zweite Kategorie setzt sich aus Indikatoren zusammen, die den Zugang zur medizinischen Versorgung prüfen. Die Ergebnisqualität wird über Indikatoren wie die Kindersterblichkeit oder die Überlebensrate bei Krebserkrankungen abgebildet. Die Reichweite der Leistungen erfasst HCP mit dem Anteil der öffentlichen Finanzierung an den Gesundheitskosten. In der Kategorie „Prävention“ geht es um Faktoren wie Durchimpfung und Ernährung. In der Kategorie „Arzneimittel“ wird untersucht, wie zügig Interventionen in das Versorgungssystem integriert werden. Amtliche Statistiken sowie unabhängige Untersuchungen dienen als Quellen für oben dargestellte Kriterien (vgl. Schölkopf/Pressel 2014, 222).

Im Ranking des HCP setzten sich die Niederlande auf Platz 1 vor der Schweiz durch (vgl. Abbildung 8). Deutschland findet sich auf dem 9. Platz wieder. Das deutsche Gesundheitswesen schneidet insbesondere bei den Kriterien Arzneimitteldistribution und Wartezeit vergleichsweise gut ab.

Um die Gesundheitsausgaben verschiedener Staaten miteinander zu vergleichen, müssen entsprechende Ausgaben ins Verhältnis zur Größe des jeweiligen Landes gesetzt werden, und damit entweder in Relation zum BIP oder zur Bevölkerungszahl.

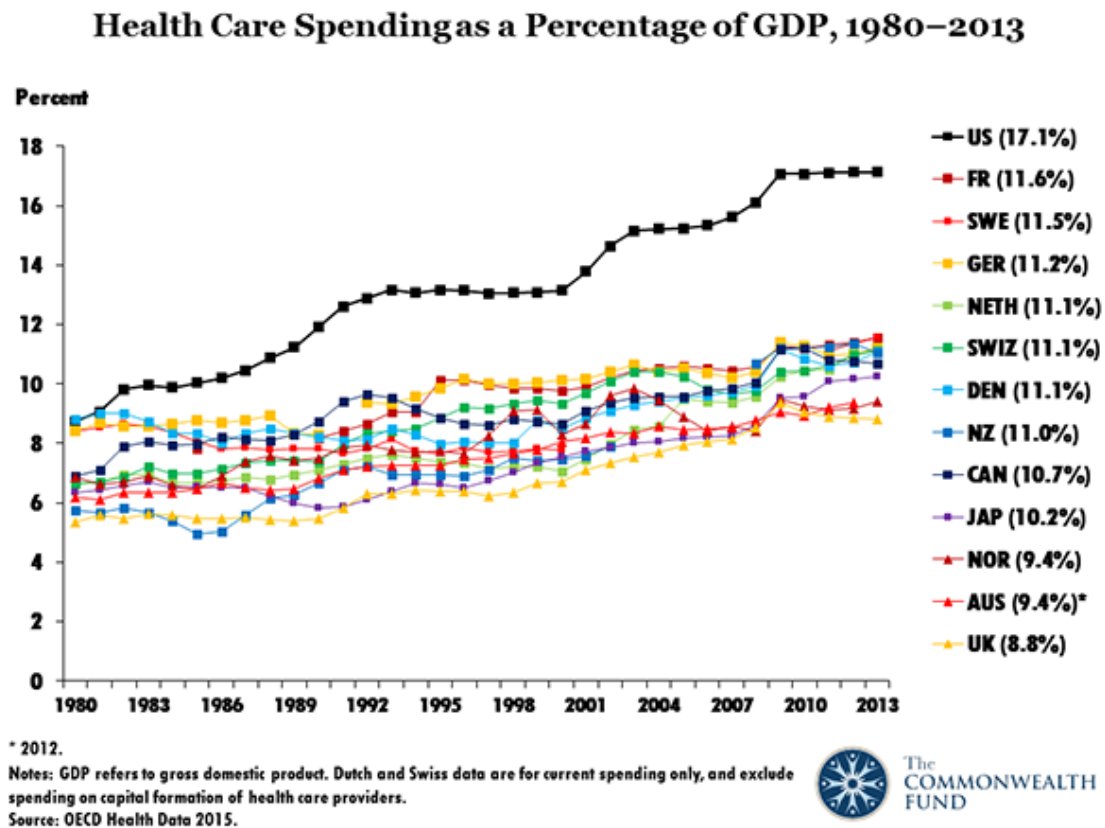


Abbildung 10: Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP

Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP ist in den USA am höchsten. Berücksichtigt man allerdings einzelne Versorgungsbereiche, fällt auf, dass das US-amerikanische Gesundheitssystem einige Ineffizienzen vorzuweisen hat (vgl. commonwealthfund).

Der Grund dürfte darin bestehen, dass die Zuordnung medizinischer Ressourcen nach finanziellen Gesichtspunkten erfolgt. Konkret bedeutet dies, dass den Schwerkranken und stark Behandlungsbedürftigen signifikant weniger Ressourcen zugeordnet werden, als für eine erfolgreiche Behandlung notwendig wäre, während für die Behandlung der nur leicht Erkrankten signifikant mehr Ressourcen aufgewendet werden, als für einen erfolgreichen Heilungsprozess eigentlich notwendig wäre (vgl. Fröhlich 2013, 212).

Abbildung 10 belegt ebenfalls, dass der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP in Deutschland weder außergewöhnlich gestiegen noch erheblich höher als in anderen Industrienationen ist. Mit 11,2% bewegt sich der Anteil knapp über dem OECD-Durchschnitt. Die Gesundheitsausgaben sind in Staaten mit Sozialversicherungssystemen tendenziell etwas höher, als in Staaten mit öffentlichem Gesundheitsdienst, beispielsweise dem Vereinigten Königreich (vgl. Abb. 10).

Eine andere Reihung der betrachteten Länder ergibt sich, wenn nur die Gesundheitsausgaben betrachtet werden, die von den öffentlichen Haushalten stammen. Deutschland liegt auf Platz 4. Die USA sind eines der wenigen Länder, in denen die Gesundheitsausgaben zu einem größeren Teil aus dem privaten Sektor finanziert werden (vgl. Abb. 11).

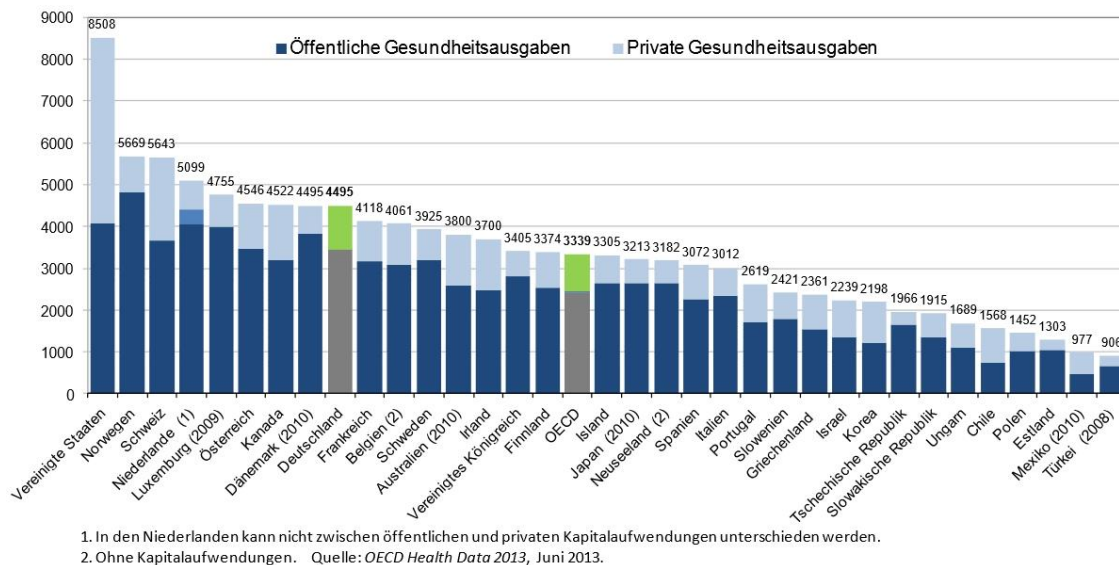


Abbildung 11: Öffentliche Gesundheitsausgaben / Private Gesundheitsausgaben

4.1 Managed-Care-Instrumente

Für Amelung gehört „eine Erhöhung der Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung zu den wichtigsten Zielen der MCI. Nicht zu den erklärten Zielen gehört das sozialpolitische Ziel einer gerechten Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen. Dieses Ziel kann nur durch eine staatliche Intervention erfolgen“ (Amelung 2012, 347).

Der Einfluss von MC auf die Kosten der Versorgung ist nicht leicht zu messen. Nur wenige Studien verglichen die gesamten Kosten der MCO mit denen der traditionellen Versicherungen. Hohe medizinische Komplexität, eine fragmentierte Datengrundlage sowie eine Vermischung der MCI, erschweren eine Evaluation (vgl. BQS).

4.1.1 Schweiz

Im Schweizer Gesundheitssystem ist das MC-Instrument Integrierte Versorgung weitläufig verbreitet. Die Schweiz weist eine hohe Anzahl an Ärztenetzen auf. Über 2 Millionen Schweizer ließen sich im Jahre 2015 in einem der 72 Praxis- und Ärztenetze betreuen (vgl. Abb.12).

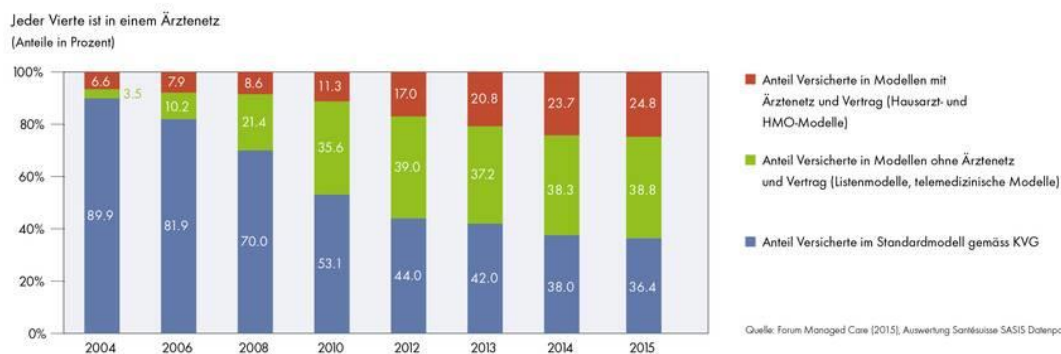


Abbildung 12: Anteil Versicherte in Modellen mit Ärztenetzen

Fast alle Ärztenetze haben eines oder mehrere Elemente netzweiter Qualitätsarbeit implementiert. Schwerpunkt sind Qualitätszirkel, die 96 % der Netze verbindlich durchführen. Mehr als die Hälfte der Netze weist die Qualitätsarbeit durch einen regelmäßigen Bericht für externe Stakeholder und/oder durch einen Qualitätsbericht aus. Eine im Jahre 2010 durchgeführte Studie ging der Frage nach, inwieweit Ärztenetze einen Katalog von 43 selbst gesetzten Indikatoren für Versorgungsqualität erfüllen. Dabei zeigte sich, dass die 19 teilnehmenden Ärztenetze durchschnittlich 69 % der 43 Qualitätsindikatoren erfüllten (vgl. Berchtold 2011, 96).

Ein zentrales Steuerungselement in Schweizer Ärztenetzen ist das Gatekeeping. Berchtold verweist auf eine im Jahre 2006 durchgeführte HAMA-Studie zum Hausarztmodell der Region Aarau, in der eine risikokorrigierte Kostenersparnis von 7–20 % ermittelt werden konnte (vgl. Berchtold 2009, 77).

Auch das Case Management spielt in der Integrierten Versorgung in der Schweiz eine bedeutende Rolle. Seit 2008 kümmern sich externe Fallmanager um jene Mitarbeiter des Kantons Zürich, die aus gesundheitlichen Gründen längere Zeit nicht arbeiten können. Eine im Jahre 2011 vorgelegte Studie belegt, dass die Kosten für Langzeitabsenzen gegenüber den Jahren vor der Einführung des Case Managements von 28,4 Millionen Schweizer Franken auf 25,8 Millionen Franken gesunken waren (vgl. Kanton Zürich Staatskanzlei).

4.1.2 Niederlande

In den Niederlanden, welche im HCP-Ranking am besten bewertet wurden, wurde am 1. Januar 2006 die Trennung zwischen GKV und PKV abgeschafft. Die Rahmenbedingungen des niederländischen Gesundheitssystems sind nun wesentlich marktwirtschaftlicher ausgerichtet. Die Reform zielt darauf ab, die Effizienz und die Qualität im Gesundheitswe-

sen zu erhöhen, indem das System unter Wettbewerbsdruck gesetzt wird (vgl. Hajen/Paetow/Schuhmacher 2011, 275). Das neue System besteht somit aus einer privatrechtlichen Kassenart, die den Versicherten eine Basisversicherung sowie eine individuelle Risikoversicherung anbietet (vgl. van Rooij 2009, 100). Allerdings sind risikoäquivalente Kopfprämien für individuell Versicherte vom Gesetzgeber verboten (vgl. Hajen/Paetow/Schuhmacher 2011, 276).

Das „Allgemeine Gesetz über besondere Krankheitskosten“ (AWBZ) legt die Regelversorgung für die Krankheitskostenrisiken fest, für welche eine individuelle Versicherung nicht möglich ist (vgl. van Rooij 2009, 110). Das „Kollegium für Krankenversicherungen“ stellt die Rahmenbedingungen (Versorgungsmanagement, Finanzierung, Fondsmanagement, Umsetzung) der Gesundheitsversorgung sicher (vgl. Van Rooij 2009, 111).

Der Zugang zum Gesundheitssystem ist für alle Bürger gesichert, da die Krankenversicherungen einem Kontrahierungszwang unterworfen sind (vgl. Dekker 2009, 137). Um Risikoselektion vorzubeugen, wurde ein Risikostrukturausgleich eingeführt, der ein Gleichgewicht zwischen Solidarität und Wettbewerb sicherstellt. Die MC-Instrumente Selektives Kontrahieren und Gatekeeping gehören zur Normalversorgung. Jeder Versicherte muss zuerst einen Hausarzt aufsuchen, welcher weitere Maßnahmen in die Wege leitet. (vgl. Zweifel 2007, 35). Außerdem hat der niederländische Gesetzgeber einen Wettbewerb um chronisch Kranke initiiert. Die Kompensationszahlungen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs schaffen Anreize, DMP zu entwickeln (vgl. Zweifel 2007, 35).

Die Versicherten haben das Recht, die gewinnorientierten Krankenkassen jährlich zu wechseln. Dies ist ein wichtiger Motivationsschub für die Qualität der Dienstleistung und die Effizienz des Einkaufs (vgl. Van Rooij 2009, 104). Um die Einhaltung der gesundheitspolitischen Ziele „niedrige Kosten“ und „hohe Qualität“ zu ermöglichen, ist es den Kassen gestattet, Selektivverträge mit den Leistungserbringern abzuschließen (vgl. Van Rooij 2009, 103). Der Staat hält sich – bis auf die Kontrolle einzelner Qualitätsstandards – aus dem Gesundheitswesen weitgehend heraus und fungiert als Verwalter. In der Folge der Reform hat sich eine Verlagerung der Verantwortung auf den Markt vollzogen (vgl. Dekker 2009, 136). Die Krankenversicherungen können nun gezielter auf die individuellen Bedürfnisse ihrer Versicherten eingehen und sich mittels Selektivverträgen Leistungserbringern zuwenden, die auf der Grundlage von Qualität, Preis und Versorgung das beste Angebot machen. Die Leistungserbringer sind dadurch zu einer patientenorientierten Arbeitsweise gezwungen und erhalten mehr Möglichkeiten, sich voneinander zu unterscheiden (vgl. Van Rooij 2009, 104).

Zweifel sieht darin einen qualitätsfördernden Wettbewerb: „Die Versicherer haben den Anreiz besonders effizient arbeitende Hausärzte unter Vertrag zu nehmen, weil sie gewinnorientierte Unternehmen sind. Da die Bürger ihre Krankenversicherung jährlich wechseln können, dürfte es nicht nur zu einem kostenreduzierenden, sondern auch zu einem qualitätsfördernden Wettbewerb kommen.“ (Zweifel 2007, 37)

4.1.3 USA

Die Vereinigten Staaten von Amerika waren bis zur Gesundheitsreform 2010 das einzige Industrieland der Welt, in dem es keine universelle gesetzliche Krankenversicherung gab. Dennoch ist das Gesundheitssystem weitgehend marktwirtschaftlich ausgerichtet. Krankenversicherungen werden überwiegend als freiwillige Sozialleistung der Arbeitgeber angeboten (vgl. Winkelhake 2011, 1). Der Krankenversicherungsmarkt in den USA teilt sich in drei Segmente auf: die kommerziellen, die staatlichen und die gemeinnützigen Krankenversicherungen. Die staatlichen Hilfsprogramme „MediCare“ und „Medicaid“ stellen für Bedürftige eine Grundversorgung her, die im Vergleich zu Deutschland oder den Niederlanden auf niedrigem Niveau liegt (vgl. Hajen/Paetow/Schuhmacher 2011, 263).

MC hat in den USA eine lange Geschichte. Bereits im Jahre 1849 wurden die ersten Verträge zwischen Arbeitgebern und Ärzten geschlossen, in denen sich die Leistungserbringer verpflichteten, eine bestimmte Anzahl Personen gegen einen festgelegten Betrag zu behandeln. Seit den 1980er Jahren hat sich in den USA die Versicherung und Leistungserbringung aus einer Hand (vertikale Integration) durchgesetzt. Die meisten US-Amerikaner sind über ihren Arbeitgeber krankenversichert. Dabei handelt der Arbeitgeber stellvertretend für seinen Arbeitnehmer Versorgungsverträge aus. Vertragspartner sind „Health Maintenance Organizations“ (HMO), welche die Versicherungsfunktion und die Leistungserstellung komplett aus einem System anbieten (vgl. Zweifel 2007, 72). Die Versicherungsprämien werden auf der Basis von Gruppenverträgen gezahlt. Das Krankheitsrisiko der gesamten Belegschaft wird nach Altersstruktur und Morbidität bewertet, und dementsprechend wird eine Prämie kalkuliert (vgl. Hajen/Paetow/Schuhmacher 2011, 264).

Die ausgehandelten Versorgungsverträge basieren fast ausschließlich auf MC-Instrumenten (vgl. Zweifel 2007, 72). Die Leistungskataloge unterscheiden sich je nach Krankenversicherungsunternehmen enorm (vgl. Zweifel 2007, 73). Kleinere Unternehmen bieten oftmals keinen Krankenversicherungsschutz an bzw. erfüllen nur die staatlich vorgegebenen Mindestanforderungen. Arbeitnehmer, welche ihren Arbeitsplatz verlieren,

stehen bei Krankheit unter einem enormen finanziellen Druck, da ihre Krankenversicherung an den Arbeitgeber gebunden ist.

Die Wahlmöglichkeiten sowie der Zugang zu medizinischen Leistungen unterscheiden sich je nach Vertragsart. HMOs praktizieren in der Regel Gatekeeping. Oftmals sind Versicherte verpflichtet, den vorgegebenen Hausarzt aufzusuchen. Andernfalls drohen Sanktionen bzw. höhere Selbstbeteiligungen (vgl. Zweifel 2007, 73). Kosten werden vor allem dadurch gespart, dass mögliche stationäre Behandlungsaufenthalte detailliert geprüft werden und der Leistungserbringer zur Verordnung besonders teurer Therapien eine Zweitmeinung einholen muss (vgl. Hajen/Paetow/Schuhmacher 2011, 265).

Leistungserbringer sind entweder Angestellte oder Miteigentümer einer HMO oder vertraglich an diese gebunden. Sie werden über Festgehalt oder Kopfpauschale sowie über eine leistungsorientierte Prämie vergütet. Dadurch verfügen HMOs über eine Anreizstruktur, die eine effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung ermöglichen soll (vgl. Hajen/Paetow/Schuhmacher 2011, 265). Als Qualitätssicherungsinstrument und damit wichtigste Bewertungsorganisation von HMOs fungiert das „National Committee for Quality Assurance“ (NCQA). Die Versicherungsunternehmen liefern dem NCQA Daten, mit denen rund 60 Indikatoren zur Qualität der medizinischen Versorgung, zur Patientenzufriedenheit, zum Zugang zu Leistungen und zu deren Inanspruchnahme, zur Mitgliederentwicklung sowie zur finanziellen Lage bewertet werden. Die Bewertungsergebnisse stehen sowohl den Arbeitnehmern als auch den Arbeitgebern zur Verfügung (vgl. Zweifel 2007, 72).

Die enge Kopplung des Arbeitgebers an den Krankenversicherer wird in der Literatur als Problem angesehen (vgl. Zweifel 2007, 4). Das Fehlen der freien Arztwahl und die Befürchtung einer eingeschränkten Therapiefreiheit der Ärzte sind aus Sicht der Patienten die wesentlichen Nachteile der HMOs (vgl. Winkelhake 2011, 4). Auch gilt es zu berücksichtigen, dass die Versicherten nicht unbedingt vollstes Vertrauen in ein System entwickeln können, in dem die Interessen der Leistungserbringer und -finanzierer identisch sind (vgl. Amelung 2011, 10).

4.1.4 Deutschland

Die Reformen in Deutschland ähneln hinsichtlich der Methodik und Zielsetzung dem niederländischen Ansatz. Allerdings hat die niederländische Regierung den Krankenversicherungen mehr Freiheit beim Abschluss von Selektivverträgen gewährt (vgl. Hajen/Paetow/Schuhmacher 2011, 275).

Seit dem Auslaufen der Anschubfinanzierung Ende des Jahres 2008 gibt es keine detaillierten Daten über das Vertragsgeschehen in der Integrierten Versorgung nach § 140 SGB V. Vor diesem Hintergrund hat sich der „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ (SVR) dazu entschlossen, eigene Erhebungen zur Thematik IV zu machen (vgl. SVR). Als Indikator für die Entwicklung der IV wird den Vertragszahlen eine große Bedeutung zugemessen (vgl. SVR). Die Vertragszahlen stagnieren seit 2008 weitgehend. Als Begründung für Vertragsbeendigungen geben Krankenkassen Kostenprobleme, zu lange Amortisationszeiten und eine geringe Patientenpartizipation an. Dies bestätigt in gewisser Weise die Annahme, dass die Krankenkassen zu hohe Ausgaben für eine Implementierung eines IV tätigen müssen. Vertreter der Krankenkassen beurteilen die Vertragsprüfungen durch das „Bundesversicherungsamt“ (BVA) kritisch und warnen vor einer innovationshemmenden Bürokratisierung (vgl. Gerst/Rieser 2014, 157f).

Des Weiteren sind IV-Verträge dem Grundsatz der Beitragsstabilität unterworfen. Die „Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V.“ (DGIV) fordert in einem im Jahre 2014 erschienenen Positionspapier: „Die im Gesetz für Selektivversorgungsformen fixierte Bindung an den Grundsatz der Beitragsstabilität ist vom Gesetzgeber auch für die Integrierte Versorgung gem. §§140a ff. SGB V wieder aufzuheben.“ (DGIV)

Patienten stehen der IV noch skeptisch gegenüber; aufgrund der daraus resultierenden langen Amortisationszeit werden IV-Verträge vorzeitig beendet. Bei der Teilnehmeranzahl ergibt sich ein anderes Bild. Sie ist um ungefähr 16 % gestiegen. Eine mögliche Erklärung könnte ein nicht einheitliches Niveau bei den Versorgungssystemen sein. Wenn die Anzahl der IV-Verträge in Summe stagniert oder rückläufig ist, die Teilnehmerzahl aber ansteigt, zeigt dies, dass die Versicherten sich auf wenige Versorgungssysteme aufteilen, welche sich durch eine entsprechende Patientenorientierung auszeichnen (vgl. SVR/111).

Ein erfolgreiches integriertes Versorgungssystem wurde von der AOK initiiert und startete am 1. Oktober 2010 in Niedersachsen.

Die Krankheit Schizophrenie ist nach ICD-Code definiert als „im Allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte gekennzeichnet“ (ICD-Code). Nach aktuellem Kenntnisstand werden in Deutschland lediglich rund 50 % der an Schizophrenie erkrankten Patienten adäquat behandelt. Die unzureichende Vernetzung von Sektoren erschwert einen reibungslosen Therapieverlauf. Aus diesem Grund hat die AOK Niedersachsen einen Versorgungsvertrag mit der Managementgesellschaft „Institut für Innovation und Integration

im Gesundheitswesen“ (I3G) geschlossen, welche die Budgetverantwortung übernimmt und die Versorgungsqualität sichert. Die „Care4S“ wurde von der „I3G“ beauftragt, ein flächendeckendes Netzwerk von Leistungserbringern im psychiatrischen Bereich aufzubauen (vgl. Abbildung 13). Diese stehen mit der „Care4S“ in direktem Vertragsverhältnis (vgl. Suwelack/Richter/Walle/Preugschat 2011, 176).

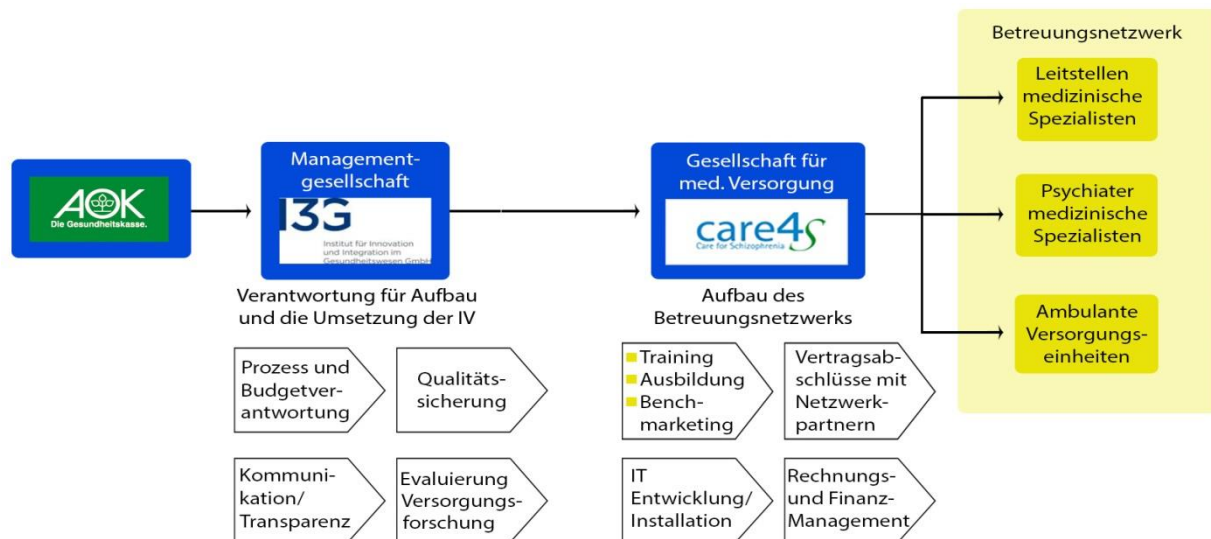


Abbildung 13: Integrierte Versorgung Schizophrenie

Die Versorgung der eingeschriebenen Patienten wird im Sinne eines Case Managements von nervenärztlich geführten Leitstellen koordiniert, die eng mit Mitarbeitern der ambulanten psychiatrischen Pflege kooperieren. Die Therapieentscheidung in der Integrierten Versorgung hat alleine der behandelnde Arzt. Zahlreiche Studien verzeichnen positive Effekte des CM auf Behandlungsabbrüche, Compliance, stationäre Behandlungszeiten und die Patientenzufriedenheit. Erste Studien in Deutschland belegen weniger Therapieabbrüche, eine deutliche Reduktion der Psychopathologie, der Krankheitsschwere, der Wiederaufnahmerate und der Krankenhausrate. Eine weitere aktuelle Studie zeigte eine um 23 % niedrigere Wiederaufnahmerate und ebenfalls tendenziell weniger Krankenhaustage (vgl. Suwelack/Richter/Walle/Preugschat 2011, 177).

Kern des patientenorientierten Ansatzes bilden Behandlungsmodule, die zusammen den Behandlungspfad für Schizophrenie ergeben. Alle Behandlungsformen entsprechen aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, wie sie die WHO oder die DGPPN vertreten. Die Versorgung wird vorrangig durch ein Behandlungsteam, welches 24 Stunden am Tag zu erreichen ist, ambulant gestaltet. Dem Patienten wird eine psychiatrische Pflegekraft zugewiesen, welche in Absprache mit dem Facharzt als Lotse durch den gesamten Therapieverlauf fungiert. Vorrangiges Ziel ist eine bestmögliche Teilhabe am sozialen Leben;

stationäre Aufenthalte sollen vermieden werden (vgl. Suwelack/Richter/Walle/Preugschat 2011, 175).

Die AOK Niedersachsen bewertet das integrierte Versorgungssystem Schizophrenie in einer im Jahre 2014 erschienenen Pressemitteilung positiv und verweist auf mehr Kontinuität in der Behandlung und weniger belastende Krankenhaustage.

„Von den 713 Patienten, die Ende 2012 in der IVS eingeschrieben waren, wurden insgesamt 13,3% stationär behandelt. Bezogen auf alle in die IVS eingeschriebenen Patienten betrug die stationäre Aufenthaltsdauer im Mittel 5,6 Tage. Im Vergleich dazu lag die kumulative stationäre Verweildauer aller an Schizophrenie erkrankten Versicherten der AOK Niedersachsen 2011 bei 11 Tagen.“ (AOK Pressemitteilung)

Eine im Juli 2013 durchgeführte Pre-Post-Analyse bestätigt die positive Entwicklung und „zeigt einen Rückgang der Krankenhaustage um 44%. Des Weiteren lässt sich eine verbesserte Kontinuität der ambulanten Behandlung im Anschluss an einen Klinikaufenthalt nachweisen.“ (AOK Pressemitteilung)

In Deutschland werden vor allem chronische Erkrankungen wie Asthma, Diabetes und Rheuma für DMP ausgewählt, da diese sogenannten „Volkskrankheiten“ vergleichsweise hohe Kosten verursachen und im Behandlungsprozess ein hohes Maß an Koordination zwischen den Leistungserbringern erfordern (vgl. Cortekar 2006, 77). Derzeit existieren insgesamt 9917 Programmzulassungen mit über 6,5 Millionen eingeschriebenen Versicherten (BVA).

Evidenzbasierte Leitlinien sind das prägendste Element des DM. Eine Effizienzsteigerung hängt stark von der Qualität der Guidelines und der Umsetzungsbereitschaft der beteiligten Akteure ab. Expertenbefragungen und qualitative Studien belegen, dass medizinische Leitlinien die Behandlungsergebnisse verbessern sowie durch Effizienzsteigerungen Einsparnisse erzielen (vgl. Trageser/Vettori/Fliedner/Iten 2014, 7). In der Praxis hat sich gezeigt, dass die Umsetzung dieser Guidelines oftmals ungenügend ist. Fortbildungen und Publikationen sind als Implementierungsmaßnahmen nicht ausreichend. Damit Leitlinien in Zukunft besser beachtet werden, ist es von Bedeutung, begleitende Implementierungsmaßnahmen zu installieren (vgl. Berchtold 2006, 24).

Ein weiteres Merkmal des DM ist die Stärkung der Patientenautonomie. Gibson (2003) und Robinson (2001) konnten in Studien nachweisen, dass Handlungsempfehlungen, Patientenmanagement sowie Erinnerungssysteme Behandlungsergebnisse und Kosten positiv verbessern und beeinflussen können (vgl. Berchtold 2006, 27).

Kritiker monieren die durch Leitlinien beschränkte Therapiefreiheit und befürchten eine Verzögerung des medizinischen Fortschrittes, eine Störung des Arzt-Patienten Verhältnisses, sowie eine Einschränkung der Versorgungsqualität im Einzelnen (vgl. Trageser/Vettori/Fliedner/Iten 2014, 7).

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt eine Studie, welche vom „Wissenschaftlichen Institut der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen“ durchgeführt wurde. In einem Zeitraum von drei Jahren wurde das DMP Diabetes mellitus Typ 2 untersucht. Dort heißt es: „Hinsichtlich der Inzidenz relevanter Komorbiditäten zeigten sich keine deutlichen Unterschiede zwischen den DMP-Teilnehmern und der Kontrollgruppe. Die Zahl der Notfalleinweisungen und die Kosten für stationäre Aufenthalte waren bei den DMP-Teilnehmern etwas niedriger. Die DMP-Teilnehmer haben in allen untersuchten Quartalen mehr Arzneimittelverordnungen eingelöst, häufiger niedergelassene Ärzte kontaktiert und mehr Leistungen nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) in Anspruch genommen.“ (Versorgungsforschung). Allerdings werden einzelne Elemente wie beispielsweise die direkte Ansprache der TK an ihre Versicherten als hilfreich hervorgehoben (vgl. Lindner/Ahrens/Köppel/Heilmann/Verheyen 2011, 161).

5 Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen

Die Verbesserung der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten ist eine der wesentlichen Aufgaben der Gesundheitspolitik. Die durch den medizinisch-technischen Fortschritt entstandene Spezialisierung der Patientenbehandlung fördert und fordert eine sektorenübergreifende Versorgung. Hinzu kommen die gestiegenen Erwartungen an die Behandlung sogenannter Volkskrankheiten (vgl. Dalhoff 2009, 43).

Die deutsche Gesundheitspolitik steht vor dem Dilemma, dass sie einerseits unter dem wirtschaftlichen Druck steht, die Beitragssätze stabil zu halten, andererseits Leistungsbegrenzungen sowie hohe Selbstbeteiligungsraten den von Bismarck geschaffenen Sozialstaat untergraben. Das Gesundheitswesen muss somit immer an Hand von zwei Dimensionen betrachtet werden: als Wachstumsmotor mit dem Ziel der Ausweitung bei gleichzeitiger Ausgabenbegrenzung (vgl. Amelung 2009, 57). Dadurch gewinnen Möglichkeiten der Effizienzsteigerung an Bedeutung. Neue Versorgungssysteme sowie die Implementierung einzelner MC-Instrumente versprechen effizientere Behandlungsmöglichkeiten bei mindestens gleichbleibender Qualität. Bei der Bewertung von MC gilt es zu beachten, dass der Einfluss von MC-Instrumenten auf die Kosten der Versorgung nicht einfach zu messen ist. Untersucht werden häufig nur Teilaspekte, da ansonsten die Komplexität nicht mehr zu bewerkstelligen wäre (vgl. Amelung 2009, 22). Selten werden MC-Instrumente isoliert eingesetzt. Sie können in verschiedenen Kombinationsmöglichkeiten in unterschiedlichen Organisationsstrukturen auftreten. Eine Bewertung kann ausschließlich auf der Grundlage der einzelnen Organisationsformen und der jeweils eingesetzten Instrumente erfolgen (vgl. Amelung 2012, 1).

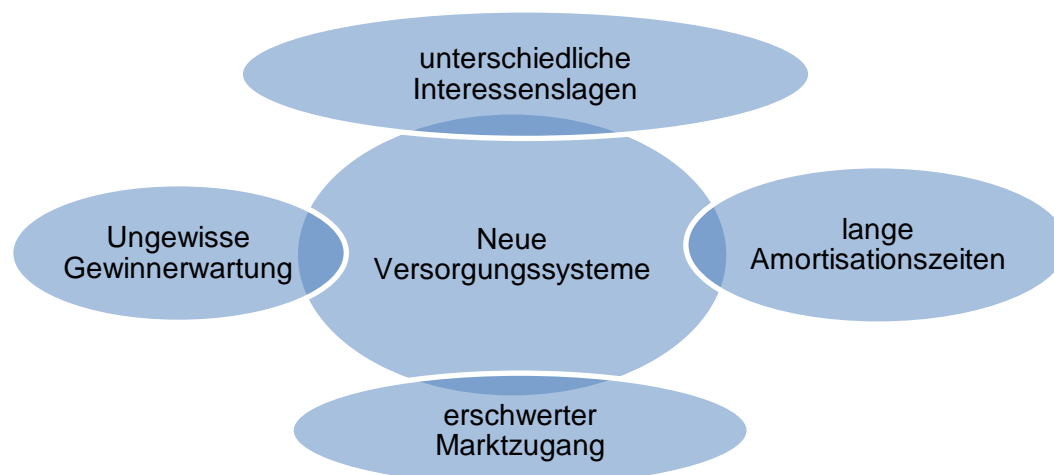
In der Schweiz belegen steigende Teilnehmerzahlen das Interesse der Bürger an integrierten Versorgungssystemen. Das Gesundheitswesen ist dort wesentlich transparenter. Patienten können sich in Qualitätsberichten ausführlich über die jeweiligen Versorgungssysteme informieren. In Deutschland ist es den Krankenkassen als Einkäufer von Gesundheitsleistungen oder auch Patienten kaum möglich, qualifizierte Entscheidungen zu treffen.

Seit der Gesundheitsreform 2006 ist das Gesundheitssystem in den Niederlanden deutlich wettbewerbsorientierter als vorher. Alle Krankenversicherungen unterliegen einem Kontrahierungszwang. Somit ist eine Grundversorgung für alle Bürger gesichert. Die Möglichkeit der Versicherten ihre Krankenversicherung jährlich zu wechseln zwingt die Krankenversicherungen ihre Angebote an die Bedürfnisse ihrer Versicherten auszurichten.

In Deutschland konnten sich neue Versorgungssysteme bis jetzt noch nicht durchsetzen. Die Analyse der unterschiedlichen Zielsetzungen und Strategien der Beteiligten hat gezeigt, dass die verschiedenen Akteure der deutschen Gesundheitswirtschaft nur in einem geringen Umfang gemeinsame Ziele verfolgen. So ist unklar, ob Rahmenbedingungen geschaffen werden, welche es potenziellen Investoren ermöglichen, in neue Versorgungsstrukturen konzeptionell und finanziell zu investieren, oder ob neue Versorgungssysteme nur parallel zur bestehenden Regelversorgung additiv hinzugefügt werden (vgl. Amelung 2006, 43). Außerdem ist der über Selektivverträge geschaffene Wettbewerb im Gesundheitswesen vom Staat künstlich initiiert und nicht wie in den USA komplett dereguliert. Neue Versorgungssysteme unterliegen eigenen Logiken. Die zunehmende Dominanz der Leistungsfinanzierer auf den Leistungsumfang und die Qualität der medizinischen Versorgung in MC-Modellen schreckt Patienten teilweise ab und ist nicht in vollem Umfang mit den sozialstaatlichen Prinzipien der Bundesrepublik Deutschland in Einklang zu bringen.

Krankenkassen kritisieren die oftmals hohen Anforderungen seitens des Bundesversicherungsamtes an neue Versorgungsformen. Diese müssen sich oftmals bereits nach relativ kurzer Zeit selbst tragen. Dies steht wiederum in Spannung zu der oftmals recht langen Amortisationszeit. Patienten stehen neuen Versorgungsformen zu Beginn recht kritisch gegenüber. Sie fürchten eine Einschränkung der Patientenautonomie. Allerdings können sich neue Versorgungssysteme nur durchsetzen, wenn sie von den Patienten durch eine hohe Teilnehmerzahl gewürdigt werden (vgl. Amelung 2006, 43).

Daraus ergeben sich in Deutschland aktuell folgende Problemfelder:



Das integrierte Versorgungssystem Schizophrenie der AOK Niedersachsen konnte bereits erste positive Veränderungen herbeiführen und wird weiter ausgebaut. Auch zeigt sich, dass Versicherte neuen Versorgungssystemen und MC-Instrumenten nicht grundsätzlich kritisch gegenüberstehen (SVR). Die Partizipationsbereitschaft hat sich in den letzten Jahren positiv entwickelt. Daraus ergeben sich folgende Handlungsempfehlungen:

Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

- Erhöhung des Handlungsdrucks
- Innovationsfördernde Rahmenbedingungen
- Regelmäßige Kontrolle aller Versorgungssysteme
- Förderung qualitätsorientierter Versorgungssysteme

**Neue Versorgungssysteme**

- Einheitliche Zielsetzung aller Beteiligten
- Ausreichende Anreizkompatibilität für alle Teilnehmer
- Patientenorientierte Arbeitsweise
- Publikation und Umsetzung sämtlicher Qualitätsindikatoren
- Vollständige Transparenz

Um die zweifellos immer noch hohe Qualität des deutschen Gesundheitswesens aufrechtzuerhalten oder zu verbessern, ist es ebenfalls von Bedeutung, einen Mittelweg zwischen ökonomischem Handeln und medizinischer Sorgfalt zu finden. Investitionen im Gesundheitsmarkt sollten sowohl der Industrie, als auch den Bürgern und dem Sozialstaat zugutekommen. Dabei ist zwischen der Gesundheitswirtschaft, welche mit Innovationen die Lebensqualität der Menschheit verbessern kann und der Ausrichtung sämtlicher Prozesse im Gesundheitswesen nach ökonomischen Gesichtspunkten zu unterscheiden. Wirtschaftlich sinnvolles Handeln ist in einem auf konstantem Wachstum ausgerichteten Wirtschaftssystem eine Gesetzmäßigkeit, vor der sich auch das Gesundheitswesen nicht verschließen darf. Allerdings sollte es nicht wie im DRG-System zu einem Sachzwang ausarten, bei dem wirtschaftliche Interessen medizinisch sinnvolles Handeln beschneiden.

Literaturverzeichnis

Amelung, Volker (2006): Integrierte Versorgung und medizinische Versorgungszentren. Von der Idee zur Umsetzung. Berlin

Amelung, Volker (2009): Managed Care-Modelle der Zukunft? In: Wille, Eberhard/Knabner, Klaus (Hrsg.): Die besonderen Versorgungsformen: Herausforderungen für Krankenkassen und Leistungserbringer. Frankfurt am Main

Amelung, Volker (2011): Innovatives Versorgungsmanagement. Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand. Berlin.

Amelung, Volker (2012): Managed Care. Neue Wege im Gesundheitswesen. Wiesbaden

AOK (2014): Pressemitteilung, http://www.i3g-gmbh.de/sites/default/files/IVS%20legt%20zweiten%20Qualit%C3%A4tsbericht%20vor_12%2006%2014.pdf, (17.11.2015).

Ärzteblatt (2014): Gutachten zur Mengenentwicklung im Krankenhaus lässt viele Fragen offen, <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/59329/Gutachten-zur-Mengenentwicklung-im-Krankenhaus-laesst-viele-Fragen-offen>, (26.11.2015).

Bandelow, Nils (2004): Akteure und Interessen in der Gesundheitspolitik: Vom Korporatismus zum Pluralismus? In: Politische Bildung 37/2/2004, 49-63.

Baum, Georg (2009): Zwischenbilanz aus Sicht der DRG. In: Rau, Ferdinand/Roeder, Norbert/Hensen, Peter (Hrsg.): Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmungen und Perspektiven. 1.Auflage Stuttgart

Becker, Eva-Magdalena/Dintelmann, Yvonne (2006): KTQ im Rahmen des Qualitätsmanagementkonzepts der HSK. In: Albrecht, Michael/Töpfer, Armin (Hrsg.): Erfolgreiches Changemanagement im Krankenhaus. 15 Punkte Sofortprogramm für Kliniken. Heidelberg

Berger, Jens (2013): Das Schneeballsystem der privaten Krankenversicherung droht zu kollabieren. In: Müller, Albrecht/Lieb, Wolfgang (Hrsg.): Nachdenken über Deutschland. Das kritische Jahrbuch 2013/2014. Frankfurt am Main

Belz, Juliane (2007): Analyse des Gesundheitssystems der USA. Norderstedt

Berchtold, Peter (2009): Vorreiter in Managed Care-Reformen in der Schweiz. In: Ame-
lung, Volker/Deimel, Dominik/Reuter, Wolfgang/Van Rooij, Norbert/Weatherly, John
(Hrsg): Managed Care in Europa. Berlin

Bormann, Cornelia (2012): Gesundheitswissenschaften. Einführung. Konstanz und Mün-
chen

Braun, Bernard/Buhr, Petra/Klinke, Sebastian/Müller, Rolf/Rosenbrock, Rolf (2009): Ein-
fluss der DRGs auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität. In: Rau, Ferdi-
nand/Roeder, Norbert/Hensen, Peter (2009): Auswirkungen der DRG-Einführung in
Deutschland. Standortbestimmungen und Perspektiven. 1.Auflage Stuttgart

Bruhnke, Doreen (2007): Netzmanagement und Qualitätssicherung in integrierten Versor-
gungsnetzen. In: Kremin-Buch, Beate (Hrsg): Entwicklungslinien im Gesundheitswesen.
Demographie und integrierte Versorgung. Ludwigshafen am Rhein

Bührlen, Bernhard (2008): Innovationen im Rahmen des Gesundheitssystems. In: Bühr-
len, Bernhard/Kickbusch, Ilona (Hrsg.): Innovationssystem Gesundheit: Ziele und Nutzen
von Gesundheitsinnovationen. Ergebnisse des 1. Metaforums „Innovation im Gesund-
heitswesen“. Stuttgart

Bundesversicherungsamt (2009): Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse zu den
DMP Diabetes mellitus Typ 2 für die Zulassungsjahre 2003-2006,
[http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/DMP-
Veranstaltungen/Evaluationsergebnisse_Diabetes_03-06.pdf](http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/DMP-Veranstaltungen/Evaluationsergebnisse_Diabetes_03-06.pdf), (23.11.2015).

Bundesversicherungsamt (2014): Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme
durch das Bundesversicherungsamt, [http://www.bundesversicherungsamt.de/weitere-
themen/disease-management-programme/zulassung-disease-management-programme-
dmp.html](http://www.bundesversicherungsamt.de/weitere-themen/disease-management-programme/zulassung-disease-management-programme-dmp.html), (2.11.2015).

Breyer, Friedrich/Zweifel, Peter/Kifmann, Mathias (2013): Gesundheitsökonomik. 6.
Auflage Berlin

Commonwealthfund (2015): Health Care spending as a percentage of GDP, 1980-2013,
[http://www.commonwealthfund.org/interactives-and-data/chart-cart/issue-brief/us-health-
care-global-perspectives-oecd/health-care-spending-as-a-percentage-of-gdp](http://www.commonwealthfund.org/interactives-and-data/chart-cart/issue-brief/us-health-care-global-perspectives-oecd/health-care-spending-as-a-percentage-of-gdp),
(29.11.2015).

Cortekar, Jörg (2006): Managed Care als Reformoption für das deutsche Gesundheitswe-
sen. Marburg

Dalhoff, Michael (2009): Die Erwartungen des Gesetzgebers an neue Versorgungsformen. In: Wille, Eberhard/Knabner, Klaus (Hrsg.): Die besonderen Versorgungsformen: Herausforderungen für Krankenkassen und Leistungserbringer. Frankfurt am Main

Deimel, Dominik (2009): Das Schweizer Gesundheitssystem im Überblick. In: Amelung, Volker/Deimel, Dominik/Reuter, Wolfgang/Van Rooij, Norbert/Weatherly, John (Hrsg.): Managed Care in Europa. Berlin

Dekker, Oscar (2009): Auswirkungen der niederländischen Gesundheit aus Sicht der Versicherer. In: Amelung, Volker/Deimel, Dominik/Reuter, Wolfgang/Van Rooij, Norbert/Weatherly, John (Hrsg.): Managed Care in Europa. Berlin

Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V. (2014): Stärkung der integrierten Versorgung durch integrierte Rahmenbedingungen, (http://dgiv.org/cmsMedia/Downloads/Politik/DGIV-Positionspapier-2014_Staerkung-der-Integrierten-Versorgung-durch-innovative-Rahmenbedingungen.pdf, (17.11.2015).

Eberlein-Gonska, Maria (2006): DIN ISO Zertifizierung im Universitätskrankenhaus Dresden. In: In: Albrecht, Michael/Töpfer, Armin (Hrsg.): Erfolgreiches Changemanagement im Krankenhaus. 15 Punkte Sofortprogramm für Kliniken. Heidelberg

Eichhorn, Siegfried/Schmidt-Rettig, Barbara (1998): Chancen und Risiken. Perspektiven der Vernetzung des Krankenhauses mit Arztpraxen, Rehabilitationskliniken und Krankenhäusern. Köln

Erlinghausen, Marcel/Pihl (2004): Der Hausarzt als Lotse im System der ambulanten Gesundheitsversorgung? Empirische Analysen zum Einfluss der individuellen Hausarztbindung auf die Zahl der Arztbesuche. Bochum

Ernst, Stephanie (2008): Kooperationen in der integrierten Gesundheitsversorgung. Erfolgsfaktoren und Strategien. Baden-Baden

Faik, Jürgen (2003): Wettbewerb und Solidarprinzip im Gesundheitswesen. Bonn

Gehlert, Judith (2007): Disease-Management Programme. In: Nagel, E. (2007) Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung. Köln

Gerst, Thomas/Rieser, Sabine (2014): Selektivverträge: Nüchterne Bilanz zum Vertragsgeschehen. In: Ärzteblatt 13/2014, 157.

Franz, Stefanie (2008): Erfolgsfaktoren der Zusammenarbeit in der integrierten Versorgung im Gesundheitswesen. Eine empirische Analyse. Aachen

Greiner, Wolfgang (2004): Ökonomische Aspekte des Disease Managements. Baden-Baden

Hajen, Leonhard (2008): Wettbewerb der Krankenkassen untereinander. In: Felix, Dagmar (Hrsg.): Auswirkungen des GKV-WSG auf Versorgungsstruktur und Wettbewerbsordnung. Berlin

Hajen, Leonhard/Paetow, Holger/Schuhmacher, Harald (2011): Gesundheitsökonomie. Strukturen-Methoden-Praxisbeispiele. Stuttgart

Heible, Christoph (2015): Langfristige Perspektive der Gesundheitswirtschaft. Eine CGE-Analyse demografischer und technologischer Wachstumseffekte. 1. Auflage Wiesbaden

Henke, Klaus-Dirk (2011): Volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft. Innovationen, Branchenverflechtung, Arbeitsmarkt. Baden-Baden

Heubel, Friedrich (2015): Professionslogik im Krankenhaus. Heilberufe und die falsche Ökonomisierung. Frankfurt am Main

ICD-Code (2015): Schizophrenie, <http://www.icd-code.de/icd/code/F20.-.html>, (14.11.2015).

Imdahl, Horst/Heubel, Friedrich (2015): Anreizsteuerung im Krankenhaus und die Rolle der DRGs. In: Heubel, Friedrich (Hrsg.): Professionslogik im Krankenhaus. Heilberufe und die falsche Ökonomisierung. Frankfurt am Main

Jacobs, Klaus (2004): Wettbewerbsperspektiven integrierter Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Cassel, Dieter (Hrsg.): Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen. Baden-Baden

Kanton Zürich Staatskanzlei (2011): Case Management ist wirtschaftlich, http://www.netzwerk-cm.ch/sites/default/files/uploads/6mm_wirtschaftlichkeitsrechnung_cm_2009.pdf, (08.12.2015).

Klas, Christian (2000): Gestaltungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen. Wiesbaden

Kranzer, Andrea (2008): Auswirkungen und Erfolgsfaktoren von Disease Management. Versorgungsansätze für chronisch kranke Patienten am Beispiel von Asthma und chronisch obstruktiven Lungenkrankheiten. Wiesbaden

Lieb, Wolfgang (2014): Gesundheitsreform als Täuschungsmanöver. In: Müller, Albrecht/Lieb, Wolfgang (Hrsg.): Nachdenken über Deutschland. Das kritische Jahrbuch 2013/2014. Frankfurt am Main

Lindner, Roland/Ahrens, Susanne/Köppel, Dagmar/Heilmann, Thomas/Verheyen, Frank (2011): Nutzen und Effizienz des Disease Management Programms Diabetes mellitus Typ2. In: Deutsches Ärzteblatt 10/2011, 155-162.

Maio, Giovanni (2014): Arzt sein heißt Versprechen geben. Was durch eine ökonomische Überformung der Medizin verlorengeht. In: Frewer, Andreas/Reis, Andreas/Bergemann, Lutz (Hrsg.): Gute oder vergütete Behandlung? Ethische Fragen der Gesundheitsökonomie. Würzburg

Manzeschke, Arne (2013): Ressourcenzuteilung im Gesundheitswesen. In: Dengler, Kathrin (Hrsg.): Zuteilungskriterien im Gesundheitswesen.

Meyer, Ullrich (2007): Zum Verhältnis zwischen GKV und PKV. Bamberg

Müller, Michael/Böhm, Karin (2009): Ausgaben und Finanzierung des Gesundheitswesens. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 45. Berlin

Niechzial, Michael (2007): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. In: Nagel, Eckhard (Hrsg.): Das Gesundheitswesen in Deutschland. Köln

Pinsdorf, Sarah (2011): Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Norderstedt

Rau, Ferdinand/Roeder, Norbert/Hensen, Peter (2009): Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmungen und Perspektiven. 1. Auflage Stuttgart

Rachold, Ursula (2006): Neue Versorgungsformen und Managed Care. Ökonomische Steuerungsmaßnahmen der Gesundheitsversorgung.

Reiners, Hartmut (2009): Mythen der Gesundheitspolitik. Berlin

Schölkopf, Martin (2014): Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich und europäische Gesundheitspolitik. Berlin

Schönbach, Karl-Heinz (2003): Qualität und Wirtschaftlichkeit durch Disease-Management-Programme in der GKV. In: Pfaff, Holger/Schrappe, Matthias/Lauterbach, Karl/Engelmann, Udo/Halber, Marco (Hrsg.): Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen in der Versorgungsforschung. Bern

Schröder, Susanne (2009): Ökonomische Evaluation komplexer Versorgungskonzepte-methodische Grundlagen und Entwicklungsperspektiven. Berlin

Suwelack, Klaus/Richter, Marlis/Walle, Matthias/Preugschat, Frank (2011): Erste landesweite Integrierte Versorgung mit Globalbudget für Patienten mit Schizophrenie. In: Amelung, Volker/Eble, Susanne/Hildebrandt, Helmut (Hrsg.): Innovatives Versorgungsmanagement. Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand. Berlin

Stillfried, Dominik Graf von (1996): Gesundheitssysteme im Wandel. Das Dilemma zwischen Bedarfskonzept und Eigenverantwortung: medizinische Grundsicherung als Reformperspektive? Eine empirische Analyse. Bayreuth

SVR (2012): Grundlegende Probleme und Lösungsansätze an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor, http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Kurzfassung.pdf, (20.11.2015).

Tophoven, Christina (2004): Integrierte Versorgung. Umsetzungsstrategien für Politik und Praxis. In: Henke, Klaus-Dirk (Hrsg.): Integrierte Versorgung und neue Vergütungsformen in Deutschland. Baden-Baden

Töpfer, Armin/Großekathöfer, Jörn (2006): Arten, Ziele und Entwicklungsstufen von Qualitätsmanagementkonzepten. In: Albrecht, Michael/Töpfer, Armin (Hrsg.): Erfolgreiches Changemanagement im Krankenhaus. 15-Punkte Sofortprogramm für Kliniken. Heidelberg

Trageser, Judith/Vettori, Anna/Fliedner Juliane/Iten, Rolf (2014): Mehr Effizienz im Gesundheitswesen. Ausgewählte Lösungsansätze. Bern

Trzeciak, Stefan (2014): Vergütung und/oder Güte? Börsennotierte Klinikunternehmen vor dem Hintergrund von John Rawls' „Theorie der Gerechtigkeit“. In: Frewer, Andreas/Reis, Andreas/Bergemann, Lutz (Hrsg.): Gute oder vergütete Behandlung? Ethische Fragen der Gesundheitsökonomie. Würzburg

Orlowski, Ulrich (2007): Gesundheitsreform 2007. Änderungen und Auswirkungen auf einen Blick.

Van der Beek, Kornelia/Van der Beek, Gregor (2011): Gesundheitsökonomik. Einführung. München

Van Rooij, Norbert (2009): Das niederländische Gesundheitssystem im Überblick. In: Amelung, Volker/Deimel, Dominik/Reuter, Wolfgang/Van Rooij, Norbert/Weatherly, John (Hrsg): Managed Care in Europa. Berlin

Versorgungsforschung Deutschland Datenbank (2015): DMP - Evaluation DMP: Nutzen und Effizienz des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2, <http://www.versorgungsforschung-deutschland.de/showpdf.php>, (23.11.2015).

Wasmuth, Timo (2013): Gesundheitsausgaben: Determinanten und Auswirkungen auf die Gesundheit. Theoretische Modellierung und empirische Analyse. Frankfurt am Main

Weßling, Adelheid (2015): Alles fließt. In: Gesundheitswirtschaft 04/05/2015, 56-59.

Wille, Eberhard (2009): Die Empfehlungen des Sachverständigenrates zur integrierten Versorgung. In: Wille, Eberhard/Knabner Klaus (Hrsg.): Die besonderen Versorgungsformen: Herausforderungen für Krankenkassen und Leistungserbringer. Frankfurt am Main

Winkelhake, Olaf (2011): Ein Überblick über das Gesundheitssystem der USA. Remagen

Zweifel, Peter/Schoder, Johannes (2008): Managed Care-ein internationaler Vergleich mit Lehren für die Schweiz. Zürich

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum

Vorname Nachname